

# Život závislého v abstinenci

Žaneta Bobalíková

---

Bakalářská práce  
2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

  
INSTITUT  
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Institut mezioborových studií

akademický rok: 2014/2015

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Žaneta Bobalíková**  
Osobní číslo: **H128434**  
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Sociální pedagogika**  
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Život závislého v abstinenci**

### Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v SR UTB ve Zlíně č. 7/2014, včetně příloh, případně podle dalších materiálů. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím bakalářské práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena:

- na zjištění motivace závislého k abstinenci;
- na hledání odpovědi na otázku, zda je abstinující závislý ve svém nynějším životě spokojenější, než byl před abstinencí;
- na možnosti sociální pedagogiky při pomoci abstinujícímu závislému při jeho resocializaci.

Součástí práce bude realizovaný kvalitativní výzkum zaměřený na dané téma.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

KALINA, Kamil a kol. Základy klinické adiktologie. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008, str. 388. ISBN 978-80-247-1411-0.

KOLIBÁŠ, Eduard, NOVOTNÝ, Vladimír. Alkohol, drogy, závislosti. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislavě, 2007, str. 267. ISBN 978-80-223-2315-4.

MARHOUNOVÁ, JANA, NEŠPOR, KAREL. Alkoholici, fetišci a gambléři. Praha: Empatie, 1995, str. 110. ISBN 80-901618-9-8.

REICHEL, Jiří. Kapitoly metodologie sociálních výzkumů. Praha: Grada, 2009, str. 184. ISBN 978-80-247-3006-6.


www.janjilek.cz [on-line]. 2011 [cit. 2011-09-12]. Dostupné z: <http://janjilek.cz/knihy/pruvodce-zivotem-v-abstinenci>

Vedoucí bakalářské práce: **MUDr. Juraj Tkáč**  
Institút mezioborových štúdií

Datum zadání bakalářské práce: **15. prosince 2014**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2015**

Ve Zlíně dne 15. prosince 2014

  
doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.  
děkanka



  
doc. PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.  
ředitel ústavu

**Prohlašuji, že**

- beru na vědomí, že odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí, že jeden výtisk bakalářské práce bude uložen v příruční knihovně Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně a jeden výtisk bude uložen u vedoucího práce;
- byl/a jsem seznámen/a s tím, že na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 2 a 3 autorského zákona mohu užít své dílo – bakalářskou práci nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen připouští-li tak licenční smlouva uzavřená mezi mnou a Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně s tím, že vyrovnání případného přiměřeného příspěvku na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše) bude rovněž předmětem této licenční smlouvy;
- beru na vědomí, že pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tedy pouze k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům;
- beru na vědomí, že pokud je výstupem bakalářské práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá. Neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

**Prohlašuji,**

- že jsem na bakalářské práci pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.
- že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

V Brně 27.11.2015

*Božalíkova!*  
.....  
podpis diplomanta

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci s názvem „*Život závislého v abstinenci*“ napsala samostatně a výhradně s použitím uvedených pramenů a že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce je rozdělena na dvě hlavní části, a to část teoretickou a část praktickou neboli empirickou. V první, tedy teoretické části se hlouběji věnuji a definuji pojmy, jako jsou závislost, prevence, léčba, abstinence, motivace, craving či recidiva. Dále se zde zajímám o návykové chování a jiné poruchy, které sice neodpovídají definici závislosti podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN), tudíž z formálního hlediska se o závislost jako takovou nejedná, ale minimálně z pohledu společnosti jsou takřka stejně nebezpečné.

V empirické části pak zkoumám právě motivaci a život abstinujících závislých a i zde mám mezi respondenty jak ty, co dle MKN splňují podmínky syndromu závislosti, tak ty, u kterých se sice podle MKN nejedná o závislost v pravém slova smyslu, ale jde o chování, které má se závislostí mnoho společných rysů.

### **Klíčová slova:**

Závislost, abstinence, motivace

## **ABSTRACT**

The bachelor thesis is divided into two main parts, namely a theoretical part and practical i.e. empirical part. In the first theoretical part I define the terms as addiction, therapy, abstinence, motivation, craving or recidivism. Further, I pay attention to addictive behaviour and other disorders, that do not fully correspond with the definition of addiction made by International Classification of Diseases (ICD). These disorders are not formally regarded as addiction, but from the social point of view they are almost as dangerous as addiction.

In the empirical part of my thesis I focus on motivation and life of abstaining addicted individuals. There are also here individuals between my respondents who fully meet the addiction syndrome conditions defined by ICD as well as those who do not fully correspond with the ICD definition but there are some similar characteristics to addiction in their behaviour.

### **Keywords:**

Addiction, abstinence, motivation

## **Poděkování**

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucímu své práce, MUDr. Juraji Tkáčovi, za jeho ochotu, trpělivost, odborné vedení, cenné rady a čas, který mi věnoval. Dále děkuji své rodině a přátelům za podporu a pomoc a také všem respondentům, za jejich ochotu spolupracovat a také otevřenost, se kterou mi poskytli rozhovor. Těm bych zde také chtěla popřát, aby měli vždy dostatek síly a odhodlání v boji se svou závislostí.

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>11</b>
<b>1 ZÁVISLOST</b> .....	<b>12</b>
1.1 VYMEZENÍ ZÁVISLOSTI.....	12
1.1.1 Psychická závislost.....	14
1.1.2 Fyzická závislost .....	15
1.2 VZNIK ZÁVISLOSTI .....	15
1.2.1 Bio-psycho-sociální model závislosti .....	16
1.2.2 Neurobiologie závislosti.....	16
1.3 DROGA .....	17
<b>2 PREVENCE A LÉČBA</b> .....	<b>18</b>
2.1 PREVENCE .....	18
2.1.1 Modely prevence v boji se závislostí: .....	19
2.1.1.1 Primární prevence .....	19
2.1.1.2 Sekundární prevence.....	19
2.1.1.3 Terciální prevence.....	19
2.1.2 Co je v rámci prevence nejdůležitější?.....	20
2.2 LÉČBA .....	20
2.2.1 Systém péče o závislé.....	22
<b>3 ABSTINENCE</b> .....	<b>24</b>
3.1 FAKTORY OHROŽUJÍCÍ ABSTINENCI .....	25
3.1.1 Craving .....	25
3.1.2 Recidiva.....	26
<b>4 MOTIVACE</b> .....	<b>28</b>
4.1 MOTIVACE U ZÁVISLÝCH.....	28
4.1.1 Posilování motivace .....	29
4.1.2 Motivační činitelé.....	30
4.1.3 Motivační rozhovor .....	31
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>32</b>
<b>5 KVALITATIVNÍ VÝZKUM</b> .....	<b>33</b>
5.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM .....	34
5.2 CÍL VÝZKUMU .....	34
5.2.1 Formulace výzkumných otázek.....	34
5.3 METODA SBĚRU DAT .....	35
5.4 VÝZKUMNÝ VZOREK .....	35
5.4.1 Respondenti.....	36
<b>6 ZPRACOVÁNÍ A ANALÝZA DAT</b> .....	<b>40</b>
6.1 INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT.....	40
6.1.1 Závislost (délka, způsob, vlastní náhled, současnost).....	40
6.1.2 Počátek abstinence (první impulsy, kroky).....	43
6.1.3 Motivace k abstinenci .....	45
6.1.4 Absolvovaná léčba .....	49



6.1.5	Náhled na abstinenci .....	53
6.1.6	Společnost .....	55
6.2	VYHODNOCENÍ ZÍSKANÝCH DAT .....	56
<b>ZÁVĚR .....</b>		<b>58</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>		<b>59</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....</b>		<b>62</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>		<b>63</b>

## ÚVOD

Porevoluční příval drog do naší krajiny a s ním spojený prudký nárůst počtu drogově závislých měl krom jiného za následek také vznik mnoha nových zařízení a organizací, které se zabývají prevencí, léčbou a represí zaměřenou na redukci poptávky po droze. Poměrně malý zájem je však věnovaný dlouhodobému doléčování abstinentů, a to i přesto, že je známo, že délka léčby přímo úměrně ovlivňuje její úspěšnost. U laické veřejnosti tak může vznikat milný dojem, že po „vyléčení“ závislého v léčebném zařízení je problém zažehnán.

Abstinující závislí jsou v naší společnosti silně stigmatizováni, kdy z pochopitelných důvodů jsou považováni za nedůvěryhodné a nespolehlivé, čímž je pro ně daleko těžší si třeba najít práci nebo být vstřícně přijati užší sousedskou komunitou. Tím se pro ně jejich těžká situace – snaha abstinovat či snaha získat opět důvěru rodiny a blízkých – stává ještě těžší.

Z toho vyplývá, že náš zájem by se měl ubírat k otázce: „Co se děje se závislými dlouho po ukončení léčby v léčebném zařízení?“. Vzhledem k tomu, že závislost je jako chronické psychické onemocnění nevyléčitelná, pravděpodobně má i po léčbě na životy abstinujících závislých neopomenutelný vliv. Stejně jako pacienti se schizofrenií či jiným psychickým onemocněním, ani závislí nemohou stoprocentně předurčit, zda a případně kdy se jejich onemocnění opět projeví. Ale je vůbec možné žít spokojený, plnohodnotný život, pod neustálou hrozbou recidivy? Myslím si, že abstinující závislí jsou právě tímto vystaveni stresovému faktoru, se kterým musí denně bojovat, a vyrovnat se s ním.

Ve své bakalářské práci jsem se tedy rozhodla věnovat drogové problematice, zejména pak motivaci drogově závislých k abstinenci a také zvládání nelehkých podmínek a situací, které jim denně připravuje naše společnost. Ráda bych se v této práci věnovala podrobněji fenoménu závislosti, léčbě a následné abstinenci, motivaci, resocializaci a jiným problémům, spojeným s drogovou závislostí. Chtěla bych přiblížit životy lidí, kteří se dostali na okraj společnosti a sáhli si mnohdy až na dno svých sil v důsledku své závislosti na návykové látce. Chci najít odpovědi na otázky, kde v sobě našli tolik sil a odvahy se své závislosti postavit a přemoci ji. Co je vedle nejen k rozhodnutí léčit se, ale i kdo nebo co je jim největší oporou a motivací v průběhu celé abstinence, jak zvládají nejednu těžkou situaci na téhle cestě za „nezávislostí“, co jim pomáhá přemoci pověstné „chutě“ a v neposlední řadě také co jim abstinence podle nich dala, nebo naopak vzala.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 ZÁVISLOST

V této kapitole bude blíže definován nejen syndrom závislosti, jak ho definují nejrůznější autoři knih zabývajících se touto problematikou, ale také se zde pokusím vymezit základní pojmy, které se závislostí úzce souvisí a s kterými musí být čtenář seznámen před dalším studiem předloženého textu. Čtenáři by tato kapitola měla sloužit jako opěrný systém pro lepší orientaci i pochopení některých dále popisovaných jevů. Těmito pojmy se rozumí zejména droga, akutní intoxikace, škodlivé užívání, či psychotická porucha vyvolaná psychoaktivními látkami.

### 1.1 Vymezení závislosti

Kalina ve své knize poukazuje na fakt, že člověk od nepaměti hledá způsoby, jak zintenzivnit každý svůj prožitek radosti, euforie a slasti, jak uniknout před bolestí a pocity samoty a izolace. A právě tato přirozená touha může za určitých okolností přejít v nutkavost, která se projevuje, vedle nutkavého dychtění po změně prožívání, také narušením až ztrátou kontroly nad nutkavým chováním. (Kalina, 2003a, s. 107) Ovšem lze pak hovořit o závislosti?

Čistě z formálního hlediska je jasné, že závislost je vždy to, co odpovídá definici závislosti podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10). Světová zdravotnická organizace definuje závislost poněkud komplikovaně jako skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky (tabák, diazepam...) nebo skupiny látek (opioidy...) má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Hlavní charakteristikou tohoto syndromu je silná, mnohdy až přemáhající touha brát psychoaktivní látky.

Definitivně diagnostikovat závislost lze tehdy, pakliže došlo během jednoho roku k nejméně třem z následujících sedmi jevů:

- a) silná touha či pocit puzení látku užívat;
- b) potíže se sebeovládáním při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení užívání nebo o množství látky;
- c) tělesný odvykací stav;
- d) tolerance k účinku látky, vyžadování vyšších dávek k dosažení účinku, který byl původně vyvolán dávkami nižšími;

- e) postupné zanedbávání jiných zájmů nebo potěšení a navyšující množství času k získání, užívání, nebo zotavení se z účinku látky;
- f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků (Nešpor, 2011, s. 9 - 10)

Konkrétně nám pak světová zdravotnická organizace též určuje a zároveň kóduje jednotlivé druhy závislostí, tedy látky, na kterých může být člověk závislý:

- a) F<sub>10.2</sub> Závislost na alkoholu
- b) F<sub>11.2</sub> Závislost na opioidech
- c) F<sub>12.2</sub> Závislost na kanabioidech
- d) F<sub>13.2</sub> Závislost na sedativech nebo hypnoticích
- e) F<sub>14.2</sub> Závislost na kokainu
- f) F<sub>15.2</sub> Závislost na jiných stimulantích včetně kofeinu a pervitinu
- g) F<sub>16.2</sub> Závislost na halucinogenech
- h) F<sub>17.2</sub> Závislost na tabáku
- i) F<sub>18.2</sub> Závislost na organických rozpouštědlech
- j) F<sub>19.2</sub> Závislost na několika látkách nebo jiných psychoaktivních látkách (Nešpor, 2011, s. 10)

Pro úplnost vymezení závislosti zde uvádím také manuál k diagnóze závislosti Americké psychiatrické asociace (DSM-IV), který říká, že by pacient měl vykazovat alespoň tři z těchto sedmi příznaků v období 12ti měsíců:

- a) růst tolerance
- b) odvykácí příznaky po vysazení látky
- c) přijímání látky ve větším množství nebo delší dobu, než měl člověk v úmyslu
- d) dlouhodobá snaha nebo jeden či více pokusů omezit a ovládat přijímání látky
- e) trávení velkého množství času užíváním a obstaráváním látky nebo zotavováním se z jejích účinků
- f) zanechání sociálních, pracovních a rekreačních aktivit v důsledku užívání látky nebo jejích omezení
- g) pokračující užívání látky navzdory dlouhodobým nebo opakujícím se sociálním, psychologickým nebo tělesným problémům, o nichž člověk ví a jež jsou působeny nebo zhoršovány užíváním látky (Nešpor, 2011, s. 22-23)

Jak je patrné, obě uvedená kritéria závislostí k sobě mají velice blízko. I tak ale uvedu dva základní rozdíly. Překvapivě DSM – IV oproti MKN – 10 mezi příznaky neřadí bažení. A kupříkladu patologické hráčství řadí MKN mezi návykové a impulzivní poruchy až od nedávna, kdežto Americká psychiatrická asociace ji mezi duševní poruchy zařadila již asi o deset let dříve.

Všude kolem nás se objevují zprávy o tom, že je někdo závislý na hazardních hrách, práci, nebo dokonce nakupování. Z výše uvedeného však jasně vyplývá, že nejde o závislost v pravém slova smyslu. Je ale také pravdou, že jde o poruchy, které ač neodpovídají výše uvedené definici, tak jsou minimálně z pohledu společnosti takřka stejně nebezpečné. Ostatně nelze ani popřít, že tyto druhy návykového chování mají se závislostí určité společné rysy. (Nešpor, 2011, s. 11)

Minimálně též z pohledu praxe léčby různých návykových a impulsivních poruch, jak jsou nejčastěji označovány závislostí na procesech, je znatelná podoba. Léčí se totiž společně, nebo alespoň velmi podobnými způsoby jako výše specifikované závislosti. Stále výrazněji na zmíněnou podobu poukazují i neurobiologické výzkumy, které dokazují, že stejně jako psychoaktivní drogy, také naše smyslové vnímání a chování podobně stimuluje neurobiologické systémy a dopaminový odměňující systém, kterému se ve vývoji závislosti připisuje velice významná role. (Kalina a kol., 2008, s. 237)

Dlouhodobým užíváním některých drog vzniká buď fyzická (též tělesná či somatická), nebo psychická závislost, případně obě dvě naráz.

### **1.1.1 Psychická závislost**

Nepotlačitelná touha získat jakýmkoliv prostředky drogu, užívat ji, konzumovat ji, a to vše pro její povzbuzující, stimulující, euforizující nebo naopak tlumivý či halucinogenní účinek. Tak těmito slovy vysvětlují Göhlert a Kühn psychickou závislost, ke které dále uvádí, že zmiňovaná touha je tak silná, že konzument má jen sotva šanci jí odolat. Závislý si přitom mnohdy může být vědom toho, jak svým chováním negativně ovlivňuje svůj život, zdraví či sociální postavení, avšak tlak vedoucí k dalšímu užití, též označován jako carving nebo česky bažení, je daleko větší. (Göhlert, Kühn, 2001, s. 22)

Psychická závislost bývá někdy vnímána jako méně nebezpečná oproti závislosti fyzické, což Riesel považuje za milné. Tvrdí, že psychická závislost je pro závislého stejně trýznivá, jako ta fyzická. (Riesel, 1999, s. 10)

Pojem psychické závislosti je v souvislosti se závislostí fyzickou označován jako předjímaní odebrání drogy v tělesném smyslu a projevuje se vyhýbáním se tomuto odnětí a je tedy nutno na něj nahlížet, ve smyslu teorie učení, jako na podmíněnou reakci. (Göhlert, Kühn, 2001, s. 23)

### 1.1.2 Fyzická závislost

Pod pojmem fyzická závislost se skrývají ony mučivé abstinенční jevy, které se u závislého projeví při redukci, nebo úplném odebrání jeho dávky, tedy při relativní nebo absolutní abstinenci. S fyzickou závislostí též souvisí zvyšování snášenlivosti určité látky. Projevuje se takzvaný fenomén tolerance. Toxikoman potřebuje v rámci zvyšování hranice tolerance časem navyšovat dávku k dosažení stejného účinku, kterého dosáhl dříve při nižších dávkách. Tento jev je způsoben tím, že se biochemické hospodářství konzumenta nastaví na určitou substanci a po nějaké době už může fungovat jen s drogou. Chybí-li tato substance, zhrouť se biochemické hospodářství a tím dochází k abstinенčním příznakům. Tyto tělesné abstinенční příznaky se mohou projevit znaky tělesné aktivace, k čemuž dochází zejména při odnětí uklidňujících drog a které se projevují poruchami srdečního rytmu, záchvaty křečí nebo znaky tlumivými, kdy jde zejména o zákal vědomí projevující se zmámeností a somnolencí (spavostí), pokles krevního tlaku a dechové frekvence. (Göhlert, Kühn, 2001, s. 22-23)

Různé drogy mají různě vyjádřeny též abstinенční stavy. Chápejme, že psychické a fyzické projevy odvykacího stavu jsou ve své podstatě jinými kategoriemi, ač se rozvíjí většinou simultánně a hlavně, že měřit sílu drog silou tělesného odvykacího stavu není úplně relevantní. (Kalina a kol., 2008, s. 34)

Hlavním rozdílem mezi oběma zmíněnými typy závislostí je forma a doba jejich залéčení. Zatímco tělesnou závislost lze překonat přiměřenou lékařskou péčí v poměrně krátkém časovém úseku, s tou psychickou člověk se závislostním onemocněním bojuje v pojetí klinické psychiatrie v podstatě celý život. (Göhlert, Kühn, 2001, s. 23)

## 1.2 Vznik závislosti

Stanislav Kudrle upozorňuje v podstatě na fakt, že jako živé bytosti se se závislostmi setkáváme již od prvních chvil svého života. Ať už jde o závislost na vzduchu, vodě, zemské přitažlivosti či sluneční energii, nebo o nutnost péče blízké dospělé bytosti po čas prvních okamžiků na světě jako takovém anebo neopomeňme

absolutní závislost na matčině organismu po dobu našeho vývoje v jejím lůně. Od těchto našich přirozených potřeb se Kudrle odráží při možném vysvětlení vzniku pozdějších závislostí. Mluví zde zejména o tom, jak v určité fázi zahajujeme každý svou cestu za samostatností – cestu od závislosti k nezávislosti. Bohužel ne každý tento životní cíl naplní. Někomu se stane nezávislost pouze pomyslným životním cílem a při své cestě končí na prahu závislosti další – jiné – na návykových látkách. (Kudrle in Kalina, 2008, s. 17)

### 1.2.1 Bio-psycho-sociální model závislosti

Podstata závislosti, tedy přesněji studium jejího vzniku prošlo zajímavým vývojem. Od modelů striktně morálních, přes modely převážně sociální či medicínské až k tomu dnešnímu – modelu bio-psycho-sociálnímu. (Dvořáček in Kalina, 2008, s. 25)

To, proč u některých lidí vzniká závislost, která se časem stupňuje a postupně ničí jejich základní životní hodnoty, a jiní vykonávají celý život stejné činnosti bez výraznějších problémů, je podmíněno mnoha různými faktory a příčinami. Tyto příčiny jsou, jak již vyplývá z výše zmíněného modelu jednak vnitřní, tedy psychologické a biologické a jednak vnější, které nazýváme sociální. (Heller a Pecinová 2011, s. 13)

Za biologické faktory lze označit některé problematické okolnosti v době těhotenství matky dítěte, okolnosti samotného porodu, ale také celý vývoj dítěte zejména v poporodním ale i pozdějším období. Pod faktory psychologickými si představme souvislosti psychických zážitků, tedy prožívání toho co na jedince během jeho života působí. No a mezi příčiny sociální lze řadit vliv vztahů s blízkým (rodina, vrstevníci) i širším (velkoměsto vs. vesnice) okolím, které také ovlivňuje a formuje zrání a vývoj jedince. (Kudrle in Kalina, 2003, s. 91-93)

### 1.2.2 Neurobiologie závislosti

Velice důležité je ale k pochopení vzniku závislosti také vysvětlit stránku neurobiologickou – tedy procesy, které probíhají v mozku. Určité mozkové sítě nazýváme systémem odměny. Tento mozkový systém slouží k zajištění potřeb nutných k přežití, reprodukci a tělesné pohody, které v nás vyvolávají libý pocit (odměnu). Tělo si tento zisk odměny zapamatuje a tím se zvyšuje pravděpodobnost, že ještě v budoucnu dojde k jejich zopakování. Mezi tyto přirozené zdroje odměny patří zejména potrava, sex a různé formy



sociálních vztahů. Všechny návykové látky mají jednu společnou vlastnost a to, že jejich užití zvyšuje výdej dopaminu do oblastí v mozku, které jsou původně rezervovány právě pro spojení libých pocitů s podněty významnými pro přežití apod. Drogy se tak stávají umělými zdroji odměny a odměna bývá u těchto zdrojů výrazně rychlejší a silnější. Z čeho lze jednoduše vydedukovat, že co zvyšuje hladinu dopaminu v systému odměny, může být předmětem závislosti! (Dvořáček in Kalina, 2008, s. 26-29)

Na tomto tvrzení lze také poukázat na to, že závislost nemusí vznikat pouze na návykové látce, ale může vzniknout též na nějakém jednání či chování. Rozhodujícím pro vznik samotný je to, zda u daného jedince toto chování nebo jednání způsobuje postupné intenzivní uvolňování dopaminu do mozkové části zahrnující systém odměny a pro daného jedince se tato činnost pak uměle stává „biologicky významným podnětem pro přežití“.

### 1.3 Droga

Nerada bych se zde do hloubky věnovala jednotlivým drogám, neboť to není stěžejním tématem mé práce, ani to nijak výrazně nesouvisí s mým výzkumem, ale alespoň drobné seznámení s tímto pojmem, se mi zdá být na místě.

*„V obecném smyslu myšleno, je jakákoli syntetická či přírodní látka, která v lidském organismu vyvolá změnu jeho činnosti. V užším smyslu je to látka, která se užívá, lépe řečeno zneužívá ke změně duševního stavu, tzn. nálady, prožívání stavu bdělosti či útlumu, k fyzickému či psychickému “oživení” a zásadní změny chování. Tyto změny jsou způsobeny působením drog na centrální nervovou soustavu, jejíž činnost a výkonnost se projevuje kvalitou duševní činnosti. Ve spisovné češtině má toto slovo význam “omamující, uklidňující, dráždivý přípravek” (např. uklidňující, jedovatá, ostrá, povzbuzující droga nebo působit jako droga).“ (KACHLÍK, Petr a ŠIMŮNEK, Jan)*

V roce 1969 podala přesnou definici drogy komise ze Světové zdravotnické organizace a publikovala ji takto: *“Droga, jakákoliv látka (substance), která je-li vpravena do živého organismu, může pozměnit jednu nebo více jeho životních funkcí.” (KACHLÍK, Petr a ŠIMŮNEK, Jan)*

## 2 PREVENCE A LÉČBA

Je jistě jasné, že léčba drogově závislých je nesmírně důležitá a je nutné, aby nebyla zbytečně odkládána, ale naopak zahájena co nejdříve je to možné. Ale více než pouhé řešení již vzniklých problémů, je daleko efektivnější jim předcházet. Proto si trůfám říci, že velice zásadním faktorem v boji se závislostí je právě také prevence.

### 2.1 Prevence

Prevence je jedním z nejdůležitějších faktorů v boji proti závislostem. Včasný zásah je daleko efektivnější než pouhé řešení vzniklých problémů. Léčba by neměla být zbytečně odkládána, ba naopak by měla přijít co nejdříve, dokud není fyzické, psychické a sociální poškození jedince příliš rozsáhlé.

Počátkem boje proti drogám je již samotná výchova, která je jednou z mála záležitostí, která nevyžaduje žádné předběžné vzdělání, či absolvování nějaké zkoušky – neexistuje žádná „škola pro rodiče“. Většinou když rodič přijde na všechny možné chyby ve své výchově je jeho dítě již dospělé. Psychoterapeuti často zjišťují, kolik „slavných věť“ si dospělí ze svého dětství pamatují:

- „Dokud se o tebe starám...“
- „Co by řekli lidi, kdyby...“
- „Za mých dob něco takového...“

Podobně by jistě mohli určitě mnozí rodiče prezentovat typické věty svých ratolestí. V otázkách prevence týkající se již samotné výchovy nejde však o přisuzování viny, nýbrž o pokus senzibilace obou stran, přičemž první krok musí udělat vždy rodiče. Známa otázka tisíců a tisíců rodičů: „*Jak se to jen mohlo stát, vždyť jsme pro naše dítě dělali všechno a odstraňovali jsme mu z cesty všechny překážky,*“ je pokládána stále znovu.

S poučením o drogách se má začít brzy nejlépe ještě před fází odloučení. Ale poučení není všechno ze strany rodičů, co je v rámci „rodinné prevence“ důležité. „*Požadavky místo rozmazlování*“ je mottem pro „rodinnou prevenci toxikomanie“. Výchova v této souvislosti totiž znamená, že svému dítěti rodiče pomohou, aby na nich nebylo závislé. (Göhlert, Kühn, s. 95-97)

### **2.1.1 Modely prevence v boji se závislostí:**

Prevenici závislostí musíme obecně chápat jako aktivitu vedoucí k posílení a ochraně zdraví a výchově ve zdravém způsobu života. Často se můžeme setkat v souvislosti s pojmem prevence s označením primární, sekundární a terciální. (Heller, Pecinová, s. 198)

#### ***2.1.1.1 Primární prevence***

Primární prevence závislostí je zaměřena na podporu a udržení zdraví jednotlivce i společnosti. Měla odradit od prvního užití drogy nebo alespoň co nejdéle odložit jakýkoliv kontakt s drogou. Jeví se jako práce se zdravou populací a její motivací k plnohodnotnému životu, který tito lidé sami dokáží ovlivňovat. Specifickým cílem primární prevence je předcházet užívání mezi rizikovou populací. Tento model prevence má programově podporovat zrání jedince, aby co nejbezpečněji prošel cestou hledání vlastní identity. Měl by rozvíjet jednotlivé předpoklady bio-psycho-sociálně – spirituální komplexity člověka, působit na celou společnost diferencovaně, se zaměřením cílové skupiny.

#### ***2.1.1.2 Sekundární prevence***

Sekundární prevence může být definována jako předcházení vzniku, rozvoji a přetrvávání závislosti u osob, které již drogu užívají nebo se na ní staly závislými. Tento model prevence je spíše orientován na pomoc v existujícím nebezpečí závislosti. Jedná se o snahu co nejdříve rozpoznat symptomy, či lépe prodromy závislosti a co nejrychleji omezit a zmírnit následné škody v osobní a sociální oblasti při nadměrném užívání návykových látek.

#### ***2.1.1.3 Terciální prevence***

Terciální prevencí rozumíme předcházení vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog. Zahrnuje opatření zabraňující návratu akutního stadia závislosti, podporuje výsledky léčby a postupné odstranění následků. Jedná se zde hlavně o podporu přijímání nového hodnotového systému, vytváření aktivního způsobu života a vytvoření sociální zodpovědnosti. (Kalina, s. 18-20)

### 2.1.2 Co je v rámci prevence nejdůležitější?

Prioritou prevence je prevence primární s orientací především na děti a mládež. U mládeže je nutnost všechna preventivní, léčebná, poradenská a resocializační opatření vytvořit jako nízkoprahová a v komunikaci bezbariérová. Každému jedinci by měla být dostupná psychologicky, ale i finančně a místně. Primární prevence má svou účinnost a výsledky, je-li prováděna odborně, citlivě a s osobním nasazením. Potřebné je její zaměření dle určitých faktorů jako je věk a prostředí, v němž se vytvářejí hodnoty a návyky po celý život.

Ve školách je důležité, aby se problematika drog stala součástí vzdělávání a výchovy a hlavně autentických postojů a přesvědčení pedagogických pracovníků. Prevence ve škole by měla být prováděna jako kontinuální proces, měla by být přiměřená a přizpůsobená různým věkovým skupinám. Měla by se koncipovat jako možnost zisku informací a poznatků o problémech závislostí na drogách. Orientovat by se měla především na vytváření postojů a dovedností, které žákům umožní nacházet řešení životních situací bez drog. Prevence by měla být organicky spojena s primární prevencí jiných sociálních a zdravotních rizik a zároveň s orientací na zdravý způsob života. Zapojena do tohoto procesu musí být i rodina žáka, která by měla být schopna komunikovat o problémech a vyrovnávat se s nimi.

Na pracovištích by se měly vytvářet vlastní preventivní programy. S preventivními programy na pracovištích se vhodně doplňují programy, které nabízejí různá občanská sdružení. Zde se jedná o zájmové skupiny církví a dalších občanských svépomocných skupin. Tyto organizace tím reagují na konkrétní místní problémy a vytvářejí tak velmi účinné komunitní programy. Uplatní se i spolupráce profesních komor, odborných společností, zdravotnických zařízení, výrobců a distributorů léku a alkoholu. Svůj velký význam tu mají i vrstevníci jako šířitelé myšlenek prevence a zdravého životního stylu. (Heller, Pecinová, s. 200-203)

## 2.2 Léčba

Tato kapitola bude věnována spletité cestě za „nezávislostí“ – léčebnému procesu. Přiblíží čtenáři nejrůznější teorie, metody, způsoby a přístupy v léčbě drogově závislých.

Pokud v důsledku zneužívání nějaké návykové látky, chorobného hraní, nebo jiné činnosti se z tohoto jednání vyvine závislost a postižený ztratí schopnost zvládnout svými

vlastními silami cestu zpět, hlásí se o slovo léčba. Léčba ovšem pacienta nevrátí do stavu, ve kterém byl před propadnutím chorobě jménem závislost, pouze napomůže jakési úzdravě, kdy u něho vymizí příznaky této choroby, ale pro udržení tohoto stavu je nutné trvalé a důsledné dodržování nastavených pravidel a tím nejdůležitějším je abstinence. (Heller, Pecinovská, 2011, s. 121)

Tak jako je po absolvované léčbě nutná abstinence, tak je před samotným zahájením léčby tím nejdůležitějším přiznání si potřeby vnější pomoci, potřeby léčby. Zároveň je tento nevyhnutelný krok tím nejtěžším. Připuštění si, že jsme naprosto bezmocní a že léta budované přesvědčení, že máme vše pod kontrolou, je ta tam, nám naprosto podryvá sebevědomí a sebeúctu. Přesto je ale léčba osvobozením od všeho výše zmíněného. Je to cesta ke svobodě. (MUDr. Nevšimal in autorský kolektiv Magdaléna, o.p.s., 2013, s. 67)

A jakou formu léčby si zvolit? To není tak důležité, nejdůležitější je prostě začít! Ideálním cílem léčby je trvalá abstinence a s tou spojené i zlepšení zdraví a zvýšení celkové kvality života nemocného, tedy v tomto případě závislého. I přesto existují jakási doporučení, která při dodržení slibují efektivnost léčby a znějí následovně:

1. *„Ne každá léčba se hodí pro každého. Pro pacienta je třeba zvolit právě takovou léčbu, která je pro něj nejvhodnější.*
2. *Léčby by měla být rychle dostupná.*
3. *Léčba by měla reagovat na různé potřeby pacienta včetně zdravotních, psychologických, sociálních a právních.*
4. *Léčba by měla být dostatečně pružná a reagovat na měnící se potřeby pacienta.*
5. *Pro efektivitu léčby je kriticky důležité její trvání (delší léčba přináší obvykle lepší výsledky).*
6. *Léčba by měla zahrnovat individuální nebo skupinové poradenství a kognitivně-behaviorální postupy.*
7. *U mnoha pacientů je důležitou součástí léčby podávání vhodných léků.*
8. *Pacienti, kteří trpí kromě závislosti i jinou duševní chorobou, by měli být integrovaně léčeni pro obojí.*
9. *Detoxikace, která pomáhá překonat odvykací stav, je pouze prvním stadiem léčby, ale sama o sobě má malý efekt.*
10. *Efektivní léčba nemusí být dobrovolná. Přijetí léčby, setrvání v ní a její výsledek může často příznivě ovlivnit tlak ze strany rodiny, zaměstnavatele nebo úřadů.*

11. *Během léčby je třeba zjišťovat, zda nedochází k porušování abstinence.*
12. *Léčby by měla zahrnovat i vyšetření na HIV/AIDS, žloutenky, tuberkulózu a další infekční nemoci, které jsou v populaci závislých častější.*
13. *Překonání závislosti může být dlouhodobý proces a může vyžadovat opakované léčby. Účast ve svépomocných skupinách po léčbě zlepšuje výsledky léčby.*“  
(Nešpor, 2011, s. 101 – 102)

Cílem léčby závislých jako takové je potom změna, která přinese zlepšení nejen ve zdraví pacienta, ale též pozvedá kvalitu života na nejvyšší možný pomyslný stupeň. WHO toto definuje ve třech bodech, tedy stanovuje tři hlavní cíle léčby, kterými jsou snížení závislosti, snížení nemocnosti a úmrtnosti v souvislosti s užíváním a třetím cílem je podpora rozvoje tělesného, duševního a sociálního potenciálu. (Kalina a kol., 2003, s. 97)

### 2.2.1 Systém péče o závislé

Systém péče o závislé by měl splňovat spoustu kritérií a to ve dvou oblastech. V oblasti kvalitativní, kterou se rozumí především vnitřní struktura systému péče, komplexnost léčby, návaznost jednotlivých stupňů péče a v neposlední řadě její efektivita. A druhou oblastí je oblast kvantitativní, která naopak odráží strukturu vnější, tedy zejména rozsah a dostupnost péče. (Bém in Kalina a kol., 2003, s. 154 – 155)

V současné době je v našem státě systém péče relativně ucelený. Jednotlivé složky tohoto systému odrážejí výše zmíněné dvě oblasti a odpovídají tak současným potřebám potenciálních klientů. Základní typy služeb spadající do systému péče o závislé jsou tyto:

#### 1. Terénní programy

- specifikem této služby je, že je poskytována přímo na ulici a jiných veřejných místech a také to, že terénní pracovník vyhledává a oslovuje potenciální zájemce o tuto službu aktivně sám
- tato služba je postavena na přístupu „public health“, (ochrana zdraví veřejnosti) a na přístupu „harm reduction“ (snižování zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním návykových látek)

#### 2. Nízkoprahová kontaktní centra

- jedná se o zařízení, která jsou v daném regionu časově a místně přístupná a která poskytují včasnou intervenci, krizovou intervenci, obecné poradenství, sociální poradenství, zdravotní poradenství a služby harm reduction

3. Detoxikační jednotky
  - bývají buď součástí nějakého zařízení pro léčbu závislosti, nebo jsou samostatnými jednotkami a jsou určeny ke zvládnutí odvykacích stavů
4. Substituční léčba
  - podstatou této služby, která probíhá v ambulantních zdravotnických zařízeních, je nahrazení ilegální návykové látky jiným lékem, který má dlouhodobější účinek (nejčastěji metadon)
5. Ambulantní léčba
  - ať už probíhá v zařízeních zdravotnického či nezdravotnického charakteru, jde o službu, kam dochází pacient v pravidelných intervalech a její neopomenutelnou výhodou je, že klient setrvává ve svém sociálním prostředí
6. Denní stacionáře
  - jedná se o alternativu ambulantní léčby, kde je ovšem stanoven denní strukturovaný program a kam klienti chodí přes všední dny denně minimálně na šest hodin a po zbytek času a o víkendech jsou ve svém přirozeném sociálním prostředí
7. Střednědobá ústavní léčba
  - léčba probíhající ve zdravotnických zařízeních, tedy psychiatrických léčebnách, která trvá 3 – 6 měsíců
8. Terapeutické komunity
  - jde o jakýsi systém organizace léčebného zařízení, neboli zvláštní formu skupinové psychoterapie, kde spolu po nějaký čas žijí klienti s podobným problémem (závislostí) a kromě skupinových sezení spolu také sdílejí další společné činnosti a naplánovaný program
9. Doléčovací programy
  - jedná se o program probíhající ambulantní formou, který má za úkol pomoci klientovi utvářet podmínky pro jeho trvalou abstinenci, udržet změny v chování a životních způsobech klienta, na které si měl navyknout během léčby (Kalina a kol., 2008, s. 369 – 384)

### 3 ABSTINENCE

Jelikož „gro“ této práce jsou abstinující závislí, je nezbytně nutné říci si několik informací právě k tomuto pojmu, tedy pojmu abstinence, nebo také zdrženlivost od něčeho – užívání, chování či jednání.

Je určitě potřeba také zdůraznit fakt, že život ve „střízlivosti“ nemusí být vůbec nudný a smutný. Ostatně toto tvrzení za všechny potvrzuje kolektiv autorů v knize *Triezvy život*.

*„Abstinence pochází z latinského abstinentia, čili nezištnost, poctivost a zdrženlivost. Do jisté míry se překrývá se slovem střízlivost. Abstinent se něčeho zdrží, aby za to dostal mnohem víc. Ono to vlastně není moc nezištné.“* (Nešpor, 2013, s. 107)

Kalina abstinenci vysvětluje jako jednání, které na základě nějakých osobních zdravotních, sociálních, nebo například náboženských, morálních, právních, anebo mnoha jiných důvodů vede ke zdržení se užívání alkoholu nebo jiné drogy. Kalina také poukazuje na fakt, že kdokoliv v dnešní době abstinuje, může být společností označován jako abstinent, přesto že je nezbytně nutné rozlišení celoživotního abstinenta a abstinujícího závislého. (Kalina, 2001, s. 11)

Pro takové rozlišení Kalina dále uvádí a blíže vysvětluje pojmy abstinent, současný abstinent a ex-user. Jak jsem již výše zmínila, abstinentem může být označen kdokoliv. Kalina ještě ovšem doplňuje fakt, že v některých studiích je za abstinenta považován též člověk, který danou látku užívá pouze jednou nebo dvakrát za rok. Pojmem současný abstinent, nebo také uživatel v přítomnosti abstinující je nejčastěji používán pro výzkumné účely a označuje osobu, která danou látku v určitém období (nejčastěji 3, 6 nebo 12 měsíců) neužívá. Ex-user je potom termínem, který by měl označovat bývalého uživatele drog. Tedy osobu, která podstatnou dobu abstinuje a to, ať už spontánně nebo po absolvované léčbě. Zmíněná doba a s ní spojené rozhodnutí, kdy jde ještě o „uživatele v přítomnosti abstinujícího“ a kdy už se jedná o „bývalého uživatele“, není přesně stanovena a stejně tak ani čas po kterém je možné ex-usera začít označovat plnohodnotným abstinentem. Některá medicínská a epidemiologická kritéria uvádí, že je označení ex-user doživotní, jiná naopak tvrdí, že změnou životního stylu dochází ke zbavení se této ne vždy příjemné nálepky. (Kalina, 2001, s. 39)

Udržení abstinence nelze zajisté považovat za jednoduchou záležitost. Někteří odborníci v této souvislosti též uvažují a mluví o „uzdravení se ze závislosti“ ve formě



kontrolovaného užívání, které však vystavuje závislého pacienta rizikům a tak je tento způsob léčby velmi diskutabilní. Závislý se často bez ohledu na svojí vůli ocitá díky působení jiné psychoaktivní látky v situacích, kdy selhává schopnost kontroly nad touhou po zvýšení dávek a účinku, což může vést k dalším problémům. (Rotgers, 1999, s. 25)

Z výše uvedeného tedy vyplývá, že nejlepší volbou a možností, kterou si může závislý zvolit pro splnění svého cíle, kterým je „nezávislost“ a zlepšení svého života, je úplná abstinence od jakýchkoliv psychoaktivních látek.

### 3.1 Faktory ohrožující abstinenci

#### 3.1.1 Craving

*"Anglické slovo "craving" lze přeložit jako bažení. V roce 1955 se shodla komise odborníků Světové zdravotnické organizace na definici bažení jako touze pociťovat účinky psychoaktivní látky, s níž měla osoba dříve zkušenosti. V Mezinárodní klasifikaci nemocí je bažení popsáno jako "silná touha nebo pocit puzení užívat látku nebo látky". (Nešpor, 2006, s. 154)*

Tato silná touha po droze nebo nějaké činnosti se vyskytuje při jejím odnětí, kdy dojde k vysokému úbytku dopaminu v systému odměny. Avšak nejčastěji se s těmito chutěmi setkávají již abstinující závislý a to při kontaktu s drogou či činností od které se snaží abstinovat, nebo při setkání s jakoukoliv situací, kterou vnímají v kontextu právě s touto drogou nebo jednáním. V těchto situacích naopak dochází k aktivitě, tedy vylučování a tím zvýšení dopaminu v systému odměny. Z toho je zřejmé, že craving je často klíčovým momentem pro propadnutí recidivě - porušení abstinence. (Kalina, 2008, s. 33 - 34)

Na toto upozorňuje ve své knize také MUDr. Karel Nešpor, který zde uvádí, že v průběhu bažení dochází k oslabení soudného uvažování a zhoršení sebeovládání, čímž se logicky znesnadňuje tento problém zvládnout. V souvislosti s tímto také uvádí, že bažení bývá poměrně často vyvoláváno snadno rozpoznatelnými podněty neboli spouštěči, které lze rozdělit na zevní a vnitřní spouštěč.

- zevní spouštěč - konflikt, rizikové prostředí, neúspěch
- vnitřní spouštěč - nuda, bolest, nedostatek spánku, únava, velmi silné emoce (velké nadšení, přílišná radost)

Napětí, stres, neklid to vše jsou nejčastější příznaky, které provázejí bažení a které má bohužel velice motivační efekt, což znamená, že je člověk k něčemu velmi silně přitahován. (Nešpor, 2013, s. 19)

Kdy je bažení nejsilnější? I toto téma rozebírá již výše zmínění MUDr. Karel Nešpor, který poukazuje na sílu bažení zejména v počátcích abstinence. Velký vliv na sílu bažení má také dostupnost předmětu spojeného s užíváním, hraním, pitím apod. Čím blíže je totiž obávaný předmět, tím samozřejmě touha po bažení sílí. V neposlední řadě velmi záleží na rozpoložení duše, neboť intenzitu síly bažení stimuluje též psychický stav člověka, kdy úzkost a deprese jsou dalšími nejčastějšími podněty k vyvolání pocitu bažení. Tyto pocity se pak projevují u abstinujícího závislého jak ve formě psychického bažení, tak bažení tělesného. Tělesné bažení vědci popisují jako útlum aktivity mozkových center po jejich nadměrné aktivaci, k němuž dochází při odvykacích obtížích. Druhý typ bažení, takzvané psychické bažení ovlivňuje především aktivitu v poměrně omezených oblastech mozku, které mají velmi blízko k paměti a emocím. Mezi několik způsobů jak lépe zvládat bažení uvádí MUDr. Karel Nešpor například, uvědomění si výhody své abstinence, vyhledání pomoci, uvažování nad příčinami bažení, zohlednění negativních důsledků recidivy, zpomalení, dostatečný spánek, relax. (Nešpor, 2006, s. 155)

### 3.1.2 Recidiva

Abstinence není jen pouhé skoncování s pitím, hraním, užíváním návykových látek apod., to představuje jen jakousi první fázi. Daleko důležitější a mnohdy i náročnější je ta etapa následující – nezačít znovu.

Gambler Michal pojmenovává recidivu jako porušení abstinence, kterou za svých pět let abstinence zažil, jak sám uvádí dvakrát:

*„Každá z nich byla jiná, přitom stejná. Trvalo mi týdny, než jsem ji dokázal přiznat. Pokud jste to nikdy nezažili, věřte, že je to, jako byste roky poctivě trénovali a pak si zcela dobrovolně vzali doping. Víte, že je to špatné, ale uděláte to. Je jedno, zda vám na to přijdou nebo ne. Prohrajete daleko víc. A bude to trvat další roky, abyste znovu mohli dokázat, že na závodní trať patříte. Začnete znovu. Nebo to vzdáte.*

*Recidiva má jednu výhodu. Už víte, co s tím dělat. Jestliže jste závislost pojali za kus vlastního já. Většinou je jen otázkou času, kdy přijde vystřízlivění. Samozřejmě, čím dřív, tím líp. Ale to je pouhá teorie. Každý hráč, který prošel léčbou, zná základní pravidla této*

*doživotní hry, Má naučeno, co dělat v takovém případě, jak se zachovat při bažení, kam může zavolat. Ale neudělá to. Chut' si zahrát je velká. Odčinit svůj prohřešek o to složitější. Nedovolit nikomu zjistit, že zklamal. Zase. Nechat se vidět ve své nahotě, ve své nedokonalosti, s chybami, které sám považuje za obrovské. A komu to říct? Těm, na kterých mu nejvíce záleží. Těm, kteří od něj čekají právě tu odolnost, odvalu a pevnou vůli. Pro hráče se takové řešení jeví jako nemožné. A přitom je to jediné, co je nutné. Pokud chcete začít znovu. Pokud to nechcete vzdát. Do dneška nemám uloženu v mobilu číslo, které bych měl v takovém případě vytočit. Čísel je dost, ale žádné pod jedničkou. Chyba.“ (Michal in autorský kolektiv Magdaléna, o.p.s., 2013, s. 102)*

Jak vyplývá z uvedené citace, recidiva je velice obávanou katastrofou a to nejen v očích abstinujících závislých, ale také jejich rodin, blízkého okolí či terapeutů. Její riziko nelze nikdy vyloučit ani dopředu naplánovat a tím se stává pro abstinujícího závislého tvrdou zkouškou. Ovšem když už nastane, pacient si z ní může do budoucna odnést alespoň strategie užitečné jak k jejímu případnému budoucímu rozpoznání, tak zvládnutí. (Ühlinger a Tschui, 2009, s. 121)

Podobně se k recidivě, kterou vysvětluje jako situaci, kdy někdo v době abstinence sáhne po droze, vyjadřuje i MUDr. Karel Nešpor. Také upozorňuje na její obrovskou nebezpečnost, ale i na to, jak může člověka naučit do budoucna něčemu pro něj velice důležitému. Přesto ale doporučuje se jí vyhnout, k čemuž doplňuje, že aby člověk recidivě účinně předcházel, musí nejprve brát svůj problém opravdu vážně a k tomu ho může mimo jiné naučit právě ona zkušenost s recidivou. (Nešpor, Müllerová, 2000, s. 36 – 37)

Důležité je zde zmínit, že člověk, který podlehl recidivě, není ani špatný pacient a ani slaboch, jak to občas jiní vidí. Je to pouze někdo, kdo včas nerozpoznal, že se nachází v situaci, kdy by mohl selhat a spadnout opět do kleští závislosti. Ovšem tyto zmíněné situace nemusí být na první pohled ničím zvláštní. Jde například o pro někoho běžné nepříjemnosti v rodině, stres v zaměstnání, nějaká urážlivá poznámka, atd. V jiném ale tyto naoko drobné výkyvy mohou vyvolat emoce, které se nesnadno ovládají a mohou tohoto člověka dovést až na scestí, kdy začne hledat uklidnění v problémové látce nebo činnosti. Jak bylo výše už několikrát zmíněno, z prožité recidivy vzniká pomyslné řešení do budoucna. Když je totiž pacient schopen určit příčiny svého selhání, může vymyslet techniky, které mu příště v podobné situaci pomůžou zabránit podlehnout chutím. (Ühlinger a Tschui, 2009, s. 122)

## 4 MOTIVACE

Motivace je v této práci jedním z klíčových pojmů, proto i ta má svou vlastní kapitolu. Je nutné zde definovat nejen motivaci samotnou, ale i pojmy, které se k ní úzce pojí.

*„Na pojetí motivace jsou různé názory, podle toho, které aspekty vyzdvihujeme do popředí. Zopakujme si nejprve dvě protichůdná obecná pojetí. Jedno zabsolutňuje motivaci, považuje motivy za skutečné příčiny našeho jednání a chování, chápe je jako síly působící v organismu a seskupující kolem sebe všechnu jeho aktivitu. (Příkladem může být stanovisko psychoanalýzy, podle něhož působí v organismu nevědomé síly, které ovládají a řídí veškerou aktivitu člověka.) Druhé krajní hledisko popírá motivaci vůbec, jako něco, co není pro vysvětlení lidského chování nutné.“ (Homola, 1972, s. 15)*

Já osobně se přikláním spíše k prvnímu názoru, a to že jakékoliv lidské jednání směřuje určitou silou a způsobem k dosažení nějakých cílů. Způsob, jakým člověk těchto cílů dosahuje, mu určuje především učení. Avšak proč tímto způsobem jedná je již otázkou motivace. Zjednodušeně se dá tedy říci, že zaměření jednání na dosažení konkrétního cíle určuje právě motivace. Z toho vyplývá, že funkcí motivace je prosazení určité tendence před jinou, ze subjektivního pohledu méně naléhavou, následně její energetizací (spuštěním) a udržením až do doby dosažení plánovaného cíle. Mohlo by se zdát, že motivace je velice jednoduchý proces, ale není tomu tak. Lidé si často nejsou vědomi skutečných psychologických příčin svého konání, cítění nebo myšlení, neboť motivace může být poháněna také nevědomými zdroji. Je tedy nutné rozlišit vědomou a nevědomou motivaci. (Nakonečný, 2003, s. 195-196)

Každý motivační stav nemusí vždy vést k příslušnému chování. Chování je spuštěno jen za určitých podmínek, které mají kognitivní povahu. Proto je nutné rozlišovat také prostředky a cíle. Dosažení každého cíle vyžaduje užití určitých prostředků, které mohou být chápány jako předmět motivace a které mohou mít určitou časovou sekvenci. (Nakonečný, 2003, s. 197)

### 4.1 Motivace u závislých

Motivace člověka z pohledu adiktologie je ale komplikovanější. V tomto oboru není názorová situace jednotná. Autoři se neshodují ani v tom, zda je motivace pouze rysem osobnostním nebo zda se jedná o měnící se proces. Z léčebné praxe totiž vyplývá,

že projevy závislých jsou často pouze odrazem jejich vnitřního chaosu a skutečná motivace bývá skryta. (Kalina, 2008, s. 64-65)

Jak již bylo řečeno, motivace je chápána jako proces zahrnující spouštění a udržování určitého chování. Během působení návykové látky dochází však ke změně, která se projevuje poklesem či úplnou ztrátou zájmu o cokoli kromě drogy. Další nepříjemnou změnou týkající se motivace závislého jedince je ztráta energie nutné k vnitřnímu vývoji a růstu. Jak uvádějí odborníci pohybující se v oblasti adiktologie, motivace ke změně u závislých jedinců, je kromě stupně závislosti jedním z velice důležitých faktorů ovlivňujících úspěšnost jejich léčby. (Kalina, 2008, s. 65-67)

Situačně vyvolané dramatické změny motivace k lepšímu i k horšímu jsou běžné u lidí léčených pro závislost na návykových látkách, překvapivé však je, jak dlouho tato nápadná skutečnost odborníkům unikala. První zmínky o motivaci jako dynamickém fenoménu se objevily až v 80. letech. (Nešpor, 2011, s. 60)

#### **4.1.1 Posilování motivace**

Nedostatek motivace u léčených závislých je primární překážkou, která jejich léčbu většinou velice výrazně komplikuje a znesnadňuje. Jedním z nejdůležitějších faktorů motivace, je tak pro závislého člověka zejména její posilování.

Nejen povzbuzování těchto osob je však řazeno do této kategorie. S posilováním motivace je též úzce spjato projevování respektu, naslouchání a komunikace, porozumění, motivační dotazníky s diagnostickým významem, vliv rodiny a okolí, soběstačnost a samozřejmě podpora terapeuta či sociálního pracovníka. Terapeut může klást otázky, které se týkají problémů s návykovou látkou a zajímá se také o dobré perspektivy, plány a životní cíle. Dále poskytuje pozitivní zpětnou vazbu a oceňuje pokroky například v léčbě a samozřejmě i pacientovy schopnosti a nadání. Také by se měl snažit podporovat pacientovu soběstačnost a důvěru v jeho možnosti a podílet se na změně k lepšímu. Za žádných okolností by terapeut neměl pacientovi odporovat nebo se s ním dokonce dostávat do jakéhokoliv konfliktu. (Nešpor, 2011, s. 62)

Nejčastější chybou při snaze posílit motivaci je to, že se rozhodneme primárně působit jen na jednu část a to na emoční složku aby dotyčný „chtěl“. Tento tlak vzbuzuje v jedinci roli oběti a v ní pak nejčastěji nepříjemné pocity, které vedou ke snaze z této role vyjít. Pokud i přesto dál působíme opravdu kvalitně a důsledně, způsobí to v takovém

případě u jedince ještě hlubší propad do role oběti a vznik pocitů studu, který vede až k vyhybavému chování a jednání. Lepší část, na kterou můžeme působit úspěšněji a nastartovat s ní také pozitivní změnu u jedince, je v oblasti „činy“, přesněji komponenta „umím“. Posiluje to, co osoba umí a nezpůsobuje tak pocity oběti, neboť si jedinec plně uvědomuje, že „toto skutečně umí“. Pak už je třeba se jen „rozhodnout a začít“. (Svoboda, s. 17)

#### 4.1.2 Motivační činitelé

Je třeba uvést, že terapeuti a sociální pracovníci nejsou jedinými, kteří mohou podporovat a posilovat motivaci závislého. Dále je nutné zmínit, že motivačními činiteli mohou být nejenom lidé, ale i nejrůznější hodnoty, avšak závislí jedinci si jejich váhu zkraje mnohdy neuvědomují a až později přijdou na jejich důležitost.

*„Jeden mnoho let abstinující člověk závislý na alkoholu kdysi řekl: „S jednou partou jsem si problémy s chlastem zavínil, s druhou partou jsem se z nich dostával“. To se dá vztáhnout i na závislost na drogách. Anonymní narkomané, terapeutická komunita nebo terapeutický klub, společenství duchovních lidí, ale i rodina mohou být právě takové dobré party, se kterými člověk může lépe překonat drogový problém.“* (Nešpor a Müllerová, 2000, s. 87)

Z obecného hlediska lze rozdělit činitele, kteří působí na posílení motivace konkrétního jedince do čtyř skupin neboli úrovní motivačních faktorů. Jde o následující skupiny:

1. psychické a zdravotní
2. sociálně-psychické
3. sociální
4. trestně-právní.

Tyto úrovně od sebe nemohou být zcela odděleny, neboť se vzájemně propojují a doplňují. Tak jak jsou zde skupiny vyjmenovány za sebou, tak jim lze také přiřkládat váhu důležitosti v otázkách zahájení léčby. Hlavním impulsem pro rozhodnutí se zahájení léčby a s ní i související abstinenci je tedy vlastní, vnitřní uvědomění si potíží, které závislému jeho závislost způsobuje. Pokud nenastane toto rozhodnutí z vnitřku, ale je pouze jakýmsi odrazem nátlaku rodiny, zaměstnavatele či partnera, lze tvrdit, že pokus o ukončení užívání bude neúspěšný. Z toho tedy vyplývá, že čím více si jedinec potíže spojené s užíváním

„bere za své“, čím vyšší je úroveň jeho motivace ke změně. (Miovský, Bartošiková in Kalina a kol., 2003, s. 27)

Nelze však zbylé tři úrovně opomíjet, i ty mají na posílení motivace závislého jedince obrovský vliv. Například podpora vrstevníků, rodiny a přátel je v případě „vhodného použití“ skutečně velkým motivačním faktorem. Sociální opora tlumí také stres, což je pro závislého a posléze jeho motivovanost také velmi důležité. Podpora blízkých pomáhá závislému zvládat krizové situace no a v neposlední řadě i vědomá hrozba možné ztráty této sociální opory při návratu k užívání, hraní apod. patří k významným motivům k abstinenci.

#### 4.1.3 Motivační rozhovor

Motivační rozhovor je rozhovor pacienta s terapeutem, kdy se terapeut snaží pomocí otázek odkrýt to, co klient ve svém životě skutečně považuje za problém. Na základě výsledků si poté společně stanoví cíle, které mohou zasahovat jak do oblasti zdraví, tak ale i do sociální situace, vztahů s okolím a jiným. Toto finální označování problémů a s tím související hledání cílů by si měl určovat pacient sám a terapeut zde pouze posiluje jeho odpovědnost za další vývoj a za to, že je schopen reálně stanovených cílů dosáhnout.

Základním cílem motivačního rozhovoru je dosahování změn ve směru bezpečnějšího, úspěšnějšího a šťastnějšího životního stylu, ať již při redukcii užívání drog, anebo při cílené trvalé abstinenci. Abstinence nemusí být přítomna v pacientově zakázce, ale mezi očekávané výsledky může přesto patřit stabilizace, návrat do určité životní role, zlepšení kvality života a další kvality, které se v tradiční léčbě spojují s abstinencí. Motivační rozhovor musí mít své pravidla a strategii, proto by se měl i terapeut řídit určitou strategií při vytváření cílů, kterým by měl pacienta motivovat. Pacientův cíl musí být především realistický a dosažitelný a v neposlední řadě s ním pacient musí souhlasit. Je důležité, aby cíl byl určitý, jasný a konkrétní. S čím úzce souvisí jeho měřitelnost, dosažitelnost, reálnost a časová omezenost. (Kalina, 2008, s. 122)

## II. PRAKTICKÁ ČÁST



## 5 KVALITATIVNÍ VÝZKUM

Pro praktickou část své práce jsem si zvolila kvalitativní výzkum, neboť je dle mého názoru na zachycení motivů lidského chování vhodnější než výzkum kvantitativní.

Velice zjednodušeně je vysvětlen rozdíl mezi oběma výzkumy v knize Romana Švaříčka a Kláry Šed'ové, kteří zde mluví o nástrojích obou výzkumů, přičemž za nástroj kvantitativního výzkumu uvádějí dotazník, zatímco u kvalitativního výzkumu se zmiňují zejména o rozhovoru. Dále ale svou myšlenku rozvádějí a upozorňují na to, že neexistuje jediný obecně uznávaný způsob jak striktně rozlišit a oddělit od sebe oba výzkumy. Například zde zmiňují, že cílem polostrukturovaného rozhovoru jakožto představitele kvalitativního výzkumu, je získat detailní a komplexní informace o studovaném jevu, zatímco výsledkem standardizovaného strukturovaného rozhovoru mohou být kvantitativní data, kdy položí výzkumník všem respondentům několik identických otázek v naprosto stejném pořadí. (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 13)

Podobně rozlišuje obě formy výzkumů ve své publikaci také Hendl, který uvádí, že kvantitativní výzkum využívá zejména silně strukturovaný sběr dat za pomoci dotazníků nebo nejrůznějších testů, zatímco o kvalitativním výzkumu mluví jako o jakémkoli výzkumu, jehož výsledků se dosahuje za pomoci jiných metod, než jsou ty statistické, tedy číselné. S tímto výrokem se ale jak sám píše, neztotožňuje spousta jiných autorů, neboť jedinečnost kvalitativního výzkumu nespátřují pouze v absenci čísel. (Hendl, 2005, s. 45-50)

Já osobně se asi nejvíce shoduji s myšlenkou Davida Silvermana v jeho učebnici, která mluví o tom, že volba výzkumu by se měla odvíjet od toho, co se snažíme zjistit a kterou si dovolím odcitovat:

*„Například, ak sa chcete dozvedieť, ako zamýšľajú ľudia voliť, potom sa môže zdať najvhodnejšou kvantitatívna metóda, ako napr. spoločenský prieskum. Pokiaľ sa však zaoberáte skúmaním životných osudov ľudí alebo ich každodenného správania, potom uprednostnite kvalitatívne metódy.“* (Silverman, 2005, s. 13)

Tato vypůjčená myšlenka zdůvodňuje mé rozhodnutí použít výzkum kvalitativní, neboť data, která zde zamýšlím získat, nejsou vyjádřitelná čísla, nebo jednoduše statisticky zhodnotitelnými škálami či odpověďmi ano či ne, nýbrž je vzhledem ke zkoumané problematice nutno zaplout hluboko do subjektivních pocitů jednotlivých respondentů.

## 5.1 Výzkumný problém

Výzkumný problém neboli problém který potřebuje řešení, je jasné pojmenování toho, čemu se bude výzkum věnovat. Lze také říci, že výzkumný problém je něco, co se odehrává v sociální realitě a co je ve své podstatě nějakým způsobem problematické. Gramaticky má podobu oznamovací věty, která by se též dala označit jako téma výzkumu. Při volbě výzkumného problému je nutné pamatovat na to, že velmi obecný výzkumný problém je prostřednictvím kvalitativní metodologie jen obtížně postižitelný. Pro reálné zvládnutí problému je tedy nutné jeho zúžení. (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 64 - 65)

Problematika závislosti je všude přítomná a stává se tak velice významným společenským problémem. I toto je jeden z důvodů, proč se toto téma stalo také mým výzkumným problémem. Ve svém výzkumu jsem se rozhodla prozkoumat zlomový bod závislých, kterým není nic jiného než rozhodnutí se se své závislosti postavit a bojovat s ní. Kdy a proč se takto rozhodli moji respondenti, co je k tomu motivovalo a jak na svůj problém nahlíží teď „střízlivýma očima“.

## 5.2 Cíl výzkumu

Jako hlavní cíl mého výzkumu jsem si stanovila zjistit jak moc a čím byli motivováni v současnosti již abstinující závislí postavit se své závislosti a začít s ní bojovat – tedy co vedlo mé respondenty k rozhodnutí přestat a co jim pomáhá, aby v abstinenci setrvali a ke svému problému se znovu nevrátili.

### 5.2.1 Formulace výzkumných otázek

Výzkumné otázky korespondují s vybraným výzkumným problémem a stanovenými cíli. Představují jejich další zúžení a bližší konkretizování. Mají oproti výzkumnému problému podobu jasně formulovaných tázacích vět, na které bychom si měli být schopni na konci své práce odpovědět. (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 69)

Já jsem si pro svou práci stanovila tyto výzkumné otázky:

1. Šlo o motivaci k abstinenci spíše vnitřní či vnější?
2. Co bylo prvním impulsem ke změně a jaký byl další vývoj?
3. Jakou léčbu absolvovali a co pro ně znamenala?
4. Co pro ně znamená abstinovat a jaké přínosy osobně vnímají?

### 5.3 Metoda sběru dat

Interview patří mezi nejvýhodnější metody pro získávání kvalitativních dat, ale zároveň lze také považovat za metodu nejobtížnější. Jejím důležitým znakem je, že kvalitní interview nelze provádět bez kombinace s kvalitním pozorováním. Podle strukturace pak rozlišujeme tři základní modely této výzkumné metody a to nestrukturované interview, polostrukturované interview a strukturované interview. (Miovský, 2006, s. 155-157)

Pro zodpovězení mnou stanovených výzkumných otázek jsem si zvolila polostrukturované interview, přičemž základní okruhy otázek jsem měla předem zformulované. Interview bylo samozřejmě doplněno též pozorováním. Rozhovory probíhali vždy v relativně klidném prostředí a všechny, ke kterým jsem dostala souhlas, byly nahrány a posléze přepsány a použity zde pro můj výzkum.

### 5.4 Výzkumný vzorek

Jako metodu pro získání výzkumného vzorku jsem si zvolila metodu sněhové koule, nebo též anglicky snowball. Jedná se o metodu, která je ve kvalitativním výzkumu dost často používaná. Základním východiskem pro použití této metody je získání prvního kontaktu, prostřednictvím kterého pak získáváme skupinu dalších kandidátů. Považuji za důležité také upozornit na to, že metoda sněhové koule může být často kombinována s prostým náhodným výběrem, což může zvýšit reprezentativnost výsledného souboru. Právě reprezentativnost bývá u této metody často rozporuplná, neboť i přes široce se rozvíjející vazby mezi kandidáty, setrváváme stále v rámci pouze těchto vazeb a ty mohou mít svá omezení, ať už jde o nějakou konkrétní sociální, věkovou, vzdělanostní, nebo jinou skupinu. (Miovský, 2006, s. 131 – 132)

Na počátku jsem oslovila svého kamaráda, o kterém jsem věděla, že byl kdysi závislý a že podstoupil léčbu, po které se ke své závislosti již nevrátil. Byl velice ochotný a s rozhovorem okamžitě souhlasil. Při našem setkání po ukončení rozhovoru samotného mi dal tip na dalšího možného respondenta, kterého jsem oslovila a který také souhlasil. Takto to probíhalo s každým pomyslným respondentem. Ne vždy ale byli ochotni o svém problému mluvit, nebo třeba jen nesouhlasili s nahráváním a použitím jejich citlivých dat do mé práce. Celkem jsem oslovila sedmnáct osob, z toho deset mužů a sedm žen. Z deseti oslovených mužů pět úplně odmítlo a dva pouze nesouhlasili s nahráváním a použitím

přepsaných dat v mé práci. Podobně tomu bylo i u žen, ze sedmi oslovených žen tři úplně odmítly a s jednou rozhovor proběhl ale bez souhlasu se zpracováním sdělených dat veřejně. Času stráveného při rozhovorech, ke kterým jsem nedostala souhlas ke zveřejnění, ovšem nelituji. Byli pro mne i tak obrovským přínosem pro mou práci a čerpala jsem nemálo i z nich.

#### 5.4.1 Respondenti

Pro začátek bych ráda krátce představila každého respondenta, se kterým jsem vedla rozhovor a který mi zároveň dal souhlas k jeho zveřejnění. Jako formu jejich představení jsem zvolila krátké „medailonky“, kde se mimo jiné zmíním o jejich nynější sociální situaci, o závislosti se kterou bojují, ale také o tom, jak samotný rozhovor probíhal a jak působil každý jednotlivě na mě samotnou.

##### RESPONDET č. 1

Muž ve věku 26 let, žije s kamarádem v pronajatém bytě v Ostravě, v současnosti je nezaměstnaný a přivydělává si pouze občasnými brigádami. Střední školu nedostudoval, ale má v plánu si ji dodělat, jen co si najde práci a dá si svůj život trošku dohromady, jak sám říká. Práci si hledá v Praze, kde má také svou přítelkyni, která je pro něho velkou motivací a podporou a se kterou plánují společnou budoucnost. Užíval aktivně od devatenácti let marihuanu a zhruba o rok později si začal „pohrávat“ také s pervitinem, který užíval po celou dobu závislosti pouze šňupáním. Pervitin se mu stal také osudným a kvůli němu nastoupil v pětadvaceti letech léčbu. V současnosti vyjma dvou krátkých recidiv s marihuanou abstínuje cca 11 měsíců. Rozhovor s ním probíhal na jeho přání za účasti současné přítelkyně. Během rozhovoru bylo patrné, jakou je pro něho motivací, ale i přes to na mě působil dojmem, že o své abstinenci není přesvědčený on sám, ale že je to spíše zatím jakýsi příslib právě této slečně a posléze rodině. Nicméně ochotu otevřeně mluvit i přes účast třetí osoby mu upírat nemohu.

##### RESPONDENT č. 2

Žena ve věku 32 let, bydlí s kamarádkou, se kterou se seznámila na léčbě v psychiatrické léčebně v Bohnicích a pracuje jako kadeřnice, kterou je také vyučená. Do budoucna by si dle jejich slov ráda otevřela vlastní kadeřnictví. Má 9 letou dceru, která

je v péči bývalé tchýně a tchána, neboť tatínek holčičky zemřel při autonehodě. Dceru vídá zatím jen o víkendech, ale snaží se pracovat na tom, aby jí byla vrácena zpět do péče. Partnera zatím žádného nemá, ale stýká se pravidelně s jedním kamarádem z minulosti, jen to prý nechtějí unáhlit. S drogami začala už brzy na učilišti, ale závislosti na pervitinu propadla zhruba kolem osmnáctého roku. Pervitin užívala jak šňupáním, tak i nitrožilně. Léčbu v Bohnické léčebně absolvovala až ve svých jednatřiceti letech a v současnosti abstínuje asi 7 měsíců. Před samotným rozhovorem, který proběhl v kadeřnictví, ve kterém žena pracuje, jsme si při čekání, až odejde její kolegyně, téměř dvě hodiny dost otevřeně povídali a měla jsem tak možnost ji lépe poznat. Během rozhovoru také neměla problém o čemkoli mluvit, ale jak již sama předem předeslala, měla problém se déle soustředit a tak rozhovor s ní byl nejdelší ze všech. Bohužel musím říct, že i u této respondentky jsem měla pocit silného ohrožení její abstinence. Ať už zmíním závislé rodiče, nebo spolubydlící a zároveň nejlepší přítelkyni respondentky, která den před naším setkáním zrecidivovala, nebo kamaráda se kterým se intenzivně stýká a který není, jak sama řekla, úplně „čistý“, neměla jsem z toho dobrý pocit.

### RESPONDENT č. 3

Muž ve věku 51 let, je podruhé ženatý a bydlí s manželkou a jejich dvěma dětmi v pronajatém bytě ve Zlíně. Má dokončené vysokoškolské vzdělání a pracuje ve státní správě ve vedoucí funkci. V mém výzkumu jde o respondenta s nejdelší dobou abstinence a to celých 23 let. Byl závislý na alkoholu, ale jeho závislost neměla dlouhé trvání – jen něco přes dva roky. Léčba, kterou nastoupil, trvala tři měsíce a hned po jejím absolvování se vrátil do běžného životního koloběhu – rodina, práce, radosti, ale i starosti a povinnosti. Po absolvované léčbě se nepotýkal za celých třiatdvacet let s jedinou recidivou. Během rozhovoru byl velice výřečný, mluvil otevřeně, srozumitelně a vždy k věci. Nejvíce mě na něm zaujal jeho přístup k abstinenci a k alkoholu samotnému, kterému se dle jeho slov nevyhýbá, pouze ho nepije. Také mě velice překvapil tím, že si pamatuje přesná data posledního piva a nastoupení léčby. Tento respondent na mě působil velice dobrým, vyrovnaným dojmem, byl velice milý a pozitivní myšlení z něho jen sršelo. O jeho dalších mnoha letech úspěšné abstinence jsem neměla po našem setkání sebemenší důvod pochybovat.

RESPONDENT č. 4

Žena ve věku 37 let, pochází z Liberce, ale již několik let bydlí sama v pronajaté garsoniěře v Praze. Občas přebývá u svého přítele, se kterým plánují do budoucna bydlení společné. Vystudovala gymnázium a v současnosti pracuje v sociálních službách. S drogami se dostala do styku ze zvědavosti již na střední škole a kolem dvacátého roku propadla závislosti na pervitinu a později k tomu přibyly ještě léky. Pervitin užívala zkraje jen šňupáním, ale později pro zintenzivnění síly jeho účinku též nitrožilně. Léčila se nejprve jen za pomoci individuálních terapií a až později nastoupila na rok do terapeutické komunity. Její celková léčba trvala něco málo přes dva roky a nyní již 11 let úspěšně abstínuje. Za jedenáct let abstinence měla tedy dvě krátké recidivy, ale zvládla je sama překonat a pokračuje ve svém boji se závislostí dál. Respondentka měla otázky předem k dispozici a trochu se na ně připravila dopředu, neboť je velice introvertní a má, jak sama řekla, problémy s komunikací, natož ještě s cizími lidmi. Tato drobná příprava ji nejspíš výrazně pomohla, neboť komunikovala otevřeně a bez jakýchkoliv větších záseků. Zaujalo mě na ní, s jakou zodpovědností přistupuje ke své abstinenci.

RESPONDENT č. 5

Žena ve věku 37 let, žije společně se svým milujícím manželem v rodinném domě v Praze, kde také vychovávají své dvě ještě školou povinné děti. Má vysokoškolské vzdělání, v současnosti pracuje jako OSVČ v oblasti ateliérového fotografování a přitom studuje další vysokou školu. I ona má své zkušenosti se závislostí a to konkrétně na alkoholu. Alkohol příležitostně pila již dříve, ale až kolem 33 roku mu propadla daleko hlouběji. Závislá nebyla dlouho, šlo zhruba o roční boj, který ji ale dohnal až do psychiatrické léčebny v Bohnicích, kde se dva měsíce ústavně léčila. Po úspěšném dokončení této léčby docházela ambulantně ještě zhruba půl roku k psychiatrice, která ji v její snaze přestat a zejména setrvat výrazně pomohla. V nynější době úspěšně abstínuje již dva roky, a jak sama říká, žije o mnoho šťastnější a spokojenější život. V průběhu její dvouleté abstinence nedošlo u respondentky k jediné recidivě, se kterou by bylo nutné bojovat. Mé setkání s touto respondentkou proběhlo poměrně rychle. Mluvila spíše krátce, nechtělo se jí jít příliš do hloubky, ale to podstatné sdělila. Na pohled působila velice upraveným a milým dojmem a vzhledem ke sděleným informacím bych soudila, že u ní šlo o tzv. „syndrom zlaté klece“. I přesto ale působila dosti motivovaně

a hlavně rozhodnutě s pitím již nikdy nezačít, což na mě zanechalo poměrně věrohodný dojem.

#### RESPONDENT č. 6

Muž ve věku 55 let, v současnosti žije se svou stávající přítelkyní v jejím bytě a společně vychovávají své dítě. Vystudoval střední průmyslovou školu zakončenou maturitou a v nynější době pracuje v dělnické profesi. I tohoto asi dvacet let abstinujícího respondenta neminula zkušenost se závislostí. Léčil se se závislostí na hracích automatech a je tak v mé práci jediným zveřejněným zástupcem pacientů s oficiálně neuznanou závislostí – gamblingem. Problémovému hraní propadl cca kolem sedmadvacátého roku a uvádí, že se léčil pouze ambulantně. S léčbou začal asi ve svých třicetitřech letech a po jejím absolvování už se k hracím automatům nikdy nevrátil ani ve formě recidivy. Setkání s tímto respondentem bylo velice příjemné, působil velice slušně a spořádaně. Byl poměrně dost komunikativní a otevřený debatě o svém problému. Na otázky reagoval pohotově a odpovídal vždy přesně na to, na co jsem se ho zeptala, nebylo tedy téměř nutné pokládat mu doplňující dotazy. Svým vyrovnaným vystupováním a osobním přesvědčením o své trvalé abstinenci na mě zanechal velice příjemný dojem.

## 6 ZPRACOVÁNÍ A ANALÝZA DAT

Jak již bylo řečeno, veškerá data získaná formou interview během svého výzkumu jsem nejprve zaznamenávala na záznamové zařízení v podobě audiozáznamů. Tato jsem následně upravila pro potřeby analýzy pomocí doslovné transkripce v textovém editoru a s textem jsem dále již ručně pracovala. Po důkladném zvážení jsem části transkribovaného textu, které pro můj výzkum nebyly přínosem, mazala. Na závěr jsem zbylé části rozhovorů posuzovala a porovnávala z hlediska podobnosti obsahu u všech respondentů. Hledala jsem tedy to, v čem se shodují a co mají společného, nebo naopak v čem se naprosto odlišují.

### 6.1 Interpretace získaných dat

Je třeba si zopakovat, že pro snazší pozdější analýzu dat, která v době tvorby rozhovorů byla ještě hudbou budoucnosti, jsem si předem otázky rozřadila do několika okruhů.

#### 6.1.1 Závislost (délka, způsob, vlastní náhled, současnost)

1. Na čem jsi byl/a závislý/á, jak dlouho a v kolika letech jsi s užíváním/hraním cca začal/a?

R1: Ve 23 letech jsem začal mít velké problémy s pervitinem, který jsem před tím již dva roky aktivně užíval a v 19 letech s marihuanou.

R2: Myslím si, že zhruba v 15 letech nebo v 16 letech na učňáku s kamarádkou, která byla lesbička. To byl úplný začátek a přibližně v 18 letech jsem zjistila, že už je to problém. Velký problém.

R3: Uvědomil jsem si, že jsem závislý na přelomu v letech 1992 a 1993. Začaly rodinné problémy, pracovní starosti a tak.

R4: Úplně poprvé to bylo asi v 17 letech, jen ze zvědavosti, co to semnou udělá. A kolem 20 roku jsem začala brát drogy opravdu natvrdo, každý den. Píchala jsem si a i jsem začala brát ty prášky.

R5: Do 33 let jsem se alkoholu nevyhýbala, pila jsem příležitostně, jako každý jiný člověk. Problémové užívání začalo až v těch 33 letech, kdy jsem už pila hodně, vnímala to rodina, což mluví za vše. To trvalo zhruba ten rok.



R6: Zhruba ve 27 letech.

## 2. Byl nějaký konkrétní důvod, proč jsi začal/a?

R1: Osobní problémy, rozchod s přítelkyní, prodej drog, které jsem měl u sebe prakticky každý den a které mi byly lákadlem.

R2: Asi zvědavost, dále mě fascinoval ten elán, který ti ta droga dá. Navíc moje rodiče také brali drogy, takže vinu svaluji i na ně. A samozřejmě i kamarádi v mém okolí mě dost ovlivnili.

R3: Nejdřív to začalo tak, že jsem bral alkohol jako zábavu. Bez něj jsem zábavu nenašel a neuměl udělat. Důvod jako takový asi neexistuje. Prostě jsem byl lajdák a místo toho, abych se nějakému problému postavil čelem, tak jsem se opil.

R4: Konkrétní důvod jsem asi neměla, bylo to spíše ze zvědavosti. Ale mohu říct, že doma to nebylo dobré nikdy, takže jsem z domova utíkala a mohl to být i jeden z podnětů, proč jsem s drogami začala.

R5: Asi kvůli samotě. Manžel má svou vlastní firmu, byl hodně v práci a taky dost cestoval. Já jsem byla sama a v podstatě jsem se „nudila“. Děti jsou už větší a chodí do školy a mají svoje koníčky až do večera, a já se cítila být opuštěná. Takže hlavním důvodem byla nejspíš samota.

R6: Začal jsem hrát jen tak občas, hodil jsem tam nějakou korunu. V 27 letech jsem začal hrát intenzivně. Pak už jsem do toho házel hodně peněz a někdy jsem vyhrál, někdy prohrál. Konkrétní důvod asi nebyl. Ze začátku to byla jen zábava, pak se z toho stala bohužel závislost.

## 3. Jak dlouho abstinuješ?

R1: 10 měsíců, vlastně skoro 11 měsíců.

R2: Od léčby, takže asi 7 měsíců.

R3: Od 7.3.1993, to bylo mé poslední pivo.

R4: Od 26 let.

R5: Jsou to dva roky.

R6: Zhruba kolem 20 let.

4. Užíváš v současnosti nějaké jiné drogy (včetně alkoholu a cigaret) a myslíš si, že to může ohrozit tvou abstinenci?

R1: Piju alkohol a kouřím. Co se týče alkoholu, nemyslím si, že to pro mě může mít nějaké rizikové následky.

R2: Myslím si, že nejsem tak silná, abych se vším skoncovala, takže kouřit cigarety určitě budu. Na to nemám tolik vůle. Dále jsem pak asi 3x byla v hospodě, kde jsem si dala nějaký alkohol. Neopíjím se, ale když mám chuť na alkohol, tak si ho dám. U alkoholu mám respekt, protože si myslím, že kdybych si dala víc alkoholu a byla opilá, tak bych mohla sjet dolů zpět k drogám.

R3: Pouze cigarety a kávu. A nevnímám ani jedno jako hrozbu, která by mohla ohrozit mou závislost.

R4: Cigarety, občas marihuana, alkohol nepiji vůbec. Cigarety určitě ne a marihuana ač se může zdát, že by na to vliv mít mohla, tak mě spíše pomáhá z depresí, ale nikdy to ve mně nebudí chuť vrátit se zpět k drogám.

R5: Pouze cigarety. Myslím, že určitě ne.

R6: Kouřím cigarety a občas si dám pivo a za dvacet let mě to nevrátilo zpět k forbesům, tak snad si můžu dovolit říct, že ne – neohrozí to mou abstinenci.

5. Pozitiva a negativa na zkušenosti se závislostí – co ti užívání dalo a vzalo (a proč)?

R1: Začnu tím, co mi to dalo. Udělal jsem si pohled na svět, na věci, které se kolem mě dějí. Na všechnu tu špínu a hnus, díky tomu se tomu umím sám vyvarovat a myslím, že před tím dokážu ochránit i svou rodinu a své blízké. A co mi to vzalo? ... Vzalo mi to úplně všechno. Vzalo mi to veškeré citové vnímání, přišel jsem o rodinu, o přítelkyni a prostě o všechny normální věci, které člověk potřebuje k životu. A to vše se teď vlastně snažím nasbírat zpátky.

R2: Dalo mi to asi víc vnímat okolí, zjistila jsem, že lidi umí být hodně zlý, když berou drogy. A čeho lituji, to bude nejvíc toho, že jsem ztratila svou dceru. Určitě jsem zklamala hodně lidí kolem sebe a hlavně důvěru své dcery. Zdraví mám zatím dobré, nemám žádnou žloutenku ani nic jiného, jak potvrdily testy v léčebně v Bohnicích.

R3: Pravdou je, že rád vzpomínám na to, když jsem pil, protože, když člověk s alkoholem „umí“ zacházet, tak je s ním legrace. Když jsem ve společnosti, kde se pije, tak musím dříve odejít, když vidím, že už jsou přátelé napití, nemám si s nimi pak co říct. Odnaučení

alkoholik tím, že přestal pít, přichází o přátele a zábavu spojenou s alkoholem. Toto vidím ve svých očích jako negativum.

R4: Pozitivní, ale zároveň negativní si myslím, bylo mé falešné sebevědomí. Na drogách je člověk hodně komunikativní a nabitý energií a určitě mu to dodá na sebevědomí. Dalším pozitivem by mohla být zkušenost a také jsem díky drogám poznala spoustu lidí z různých sociálních skupin. Negativum je špatná komunikace s lidmi, na drogách to šlo lépe. Za největší negativum považuji deprese.

R5: Pozitivní na tom je, že jsem teď silná a hrozně moc na sebe pyšná, že jsem dokázala s alkoholem přestat. Za negativa považuji svůj vztah s manželem a děti, které to určitě poznamenalo. A taky svou práci, kde jsem zklamala své stále klienty, protože jsem svou práci s alkoholem nedokázala skloubit.

R6: Určitě je víc negativ. Přišel jsem o ženu, o dítě. Ztratil jsem přátele. Měl jsem dluhy. Pozitivní je, že jsem si uvědomil, jak ty automaty jsou zrádné.

### 6.1.2 Počátek abstinence (první impulsy, kroky)

1. Vzpomeneš si, co bylo úplně prvním impulsem, kdy sis řekl/a, že chceš přestat, že takhle to dál nejde?

R1: Prvním impulsem bylo to, když mi domů vrazila zásahová služba. A také když mi otec řekl, že ví, čím se živím a co dělám a že mě už má plné zuby a takhle to dál nepůjde.

R2: Ten prvotní impuls byl hodně o psychice, málo sil, elánu, žádná výchova dcery. Rodiče mi s výchovou hodně pomáhali, ale problém byl v tom, když jsem měla v sobě pervitin, tak jsem byla dost rázná. Takže opět byl největším impulsem moje dcera.

R3: Určitě to bylo kvůli práci. Jak jsem již zmínil, mám dobrou práci, která mě baví a chodit do práce utahaný „po flámu“ není dobré. Nebyl jsem tak aktivní, jak jsem býval a jak jsem chtěl být dál. Takže jsem v práci musel s pravdou ven a říct šéfovi, že mám problém s pitím a jdu se léčit. Místo mi podržel a vše skončilo nakonec dobře, i když si myslím, že měl ve mně počáteční nedůvěru.

R4: Asi vlastní přesvědčení. Pamatuji si, že jsem seděla venku, byla zima, neměla jsem peníze na další dávku a řekla jsem si, že musím přestat, jinak špatně skončím. Pak jsem si ještě párkrát drogu dala a definitivní rozhodnutí, že přestanu, přišlo až později, asi po půl roce.

R5: Asi ten moment, kdy jsem si uvědomila, že mě doma v hrozném stavu našel můj manžel s dětmi. A v takovém stavu by vás rodina vidět neměla.

R6: Když jsem jednou přišel domů a tam byl prázdný byt. Manželka s dítětem odešla a dala mi tím ultimátum. Buď automaty, nebo rodina. To bylo pro mne prvním impulsem, že chci přestat hrát.

2. Tvé rozhodnutí přestat bylo podmíněno spíše konkrétním okamžikem, nebo to byl dlouhodobější proces, kdy sis postupně uvědomoval/a, že chceš žít jinak?

R1: Vůbec ne, dobrovolně jsem se začal léčit, až když jsem byl na detoxu. V tu chvíli jsem teprve pochopil, že to dělám pro sebe. A jinak vlastně to uvědomění toho, že se vše sesypalo, bylo až druhý den, kdy mě pustili po zásahu zásahovky domů z nemocnice. Pak když jsem se vracel domů z nemocnice a viděl jsem celé schodiště od krve, vyložené dveře od bytu a v bytě neskutečný nepořádek. Mnoho sousedů mi řeklo, ať jedu za otcem do Prahy a odjedu z Hradce Králové a tak jsem to udělal. A v tuto chvíli jsem si začal uvědomovat, že mám problém a došlo mi že takhle to nechci, že chci žít jinak.

R2: Poslední půl rok jsem všem říkala, že mě dostanou do bláznince. Sama jsem si říkala, že už to takhle dál nejde. Vnitřně jsem cítila, že je zle.

R3: Určitě to byl dlouhodobější proces. Častokrát jsem si říkal, že přestanu, a dokonce jsem i přestal na měsíc, ale pak jsem se k alkoholu zase vrátil.

R4: Bylo to postupné. Jak jsem říkala, první impulz proběhl, ale ještě jsem potom drogy brala. Věděla jsem ale, že když nebudu mít práci, tak se neuživím. Pracovat a brát drogy nejde dohromady. A pak jsem asi po půl roce od svého prvního zaváhání o sobě zavolala na linku důvěry o radu.

R5: Jednoho večera přišel manžel s dětma domů a já jsem opilá ležela na gauči, v podstatě v transu a on mě nemohl probudit, tohle byl ten okamžik.

R6: Říkal jsem si častokrát, tak dneska naposled. Ale nebyl jsem tak silný, neměl jsem vůli. Ale když odešla manželka s dítětem, tak to pro mne byl bod zlomu.

3. Jaké konkrétní kroky jsi podnikl/a k dosažení svého cíle – léčbě, abstinenci?

R1: První léčbu mi zařídili rodiče a zbylou léčbu jsem si už vyhledával a zařizoval sám, protože jsem už věděl, co chci a co je pro mne důležité.

R2: Vyhodila mě tchýně, kde byl přítel, který bral hodně drogy. Ona si nepřála, abych tam byla. Takže jsem se sama ocitla na ulici bez dcery. Zůstala jsem jen se psem. V první chvíli jsem šla za tím přítelem, kde jsem mu nechala psa a odjela do Prahy prodat nějaké drogy, abych měla peníze. A ve finále jsem všechny drogy vyfetovala sama, což teď vím, že byla hloupost. Pak jsem šla do jednoho baru na Andělu, kde jsem šla na počítač a chtěla jsem najít pro sebe práci a pro dceru školu. Pak jsem šla za svou matkou, která také brala drogy, a zavolala jsem své sestře, která také měla zkušenosti s drogami. A tak to celé nějak vyšlo a druhý den jsem nastoupila na léčení.

R3: Zkontaktoval jsem kolegu, který měl s léčebnou zkušeností, od něho jsem si nechal napsat kontakt na léčebnu a rovnou jsem tam nastoupil.

R4: Šla jsem za kamarády, od kterých jsem chtěla pomoci, ale ty mi nevěřili, že to myslím vážně. Tak jsem tenkrát zavolala na linku důvěry a tam jsem dostala kontakt na paní psychologku, která mi pak pomohla a takhle začala má léčba. Psycholožka mi přesně řekla, na koho se obrátit a také jsem pak chodila k její kolegyni na terapie.

R5: Přiznala jsem se doma manželovi, který to samozřejmě tušil, ale pro mě to byl určitý pokrok se mu svěřit, protože jsem to přiznala jak jemu, tak i sama sobě. Což jsem do té doby neuměla. Pořád jsem si říkala, že je to normální, se opíjet. No a můj manžel mi našel léčebnu, kam jsem se šla léčit.

R6: Zavolal jsem kamarádce, která mi poradila, co mám dělat, na koho se obrátit atd.

### 6.1.3 Motivace k abstinenci

#### 1. Které problémy související s tvou závislostí ti nejvíce vadily?

R1: Jelikož si myslím, že jsem měl začátek toxické psychózy, tak to byla asi paranoia. Mně už ty drogy nic nedávaly, mně už jen braly. Už jsem neprožíval ani žádnou euforii. V podstatě jsem prožíval jen ty nejhorší příznaky té drogy.

R2: Únava, ta mě drtila hodně. Lidi kolem mě, kteří mi nepomohli, hodně jsem se jim stranila a snažila se oddalovat problémy. Shánění drog. Milion korun, který jsem utratila za drogy a mohla jsem za něj mít třeba dům pro dceru.

R3: Ranní stavy, nesoustředěnost, konflikty s rodinou, přáteli. A určitě ta práce, jak už jsem podotknul.

R4: Špatná psychika, nedostatek financí, špatná fyzická stránka, atd.

R5: Největším problémem byla kocovina, s kterou jsem se potýkala každé ráno. Jako každá matka jsem musela ráno fungovat, ale to bohužel nešlo. Takže častokrát musel děti za mě odvézt do školy manžel. Dalším problémem byla moje práce. Kvůli pití jsem zapomínala na naslibované klienty a pak z toho byl akorát malér a klienti byli nespokojení.

R6: Ze začátku když člověk hraje, tak žádné problémy nevidí. Peníze na to byly, třeba nějaké, co jsem měl bokem. Ale postupně peníze ubývaly, rodinu jsem o ně začal ochuzovat. Dále jsem si začal půjčovat, vracel jsem to z výplaty, takže zase jsem domů nepřinesl skoro žádné peníze. A doma začaly kvůli tomu hádky. V podstatě dluhy narůstaly a kamarádi ubývali.

2. Byly právě tyto problémy důvodem, proč ses rozhodl/a abstinovat? Byly i jiné?

R1: Určitě ano, protože to bylo spojené jedno s druhým. Velkou roli v abstinování hrála má rodina. Nechtěl jsem znovu podrazit jejich důvěru ve mně. Protože rodiče za mnou po celou dobu léčby stáli. Což jsem sám nechápal. U spousty pacientů jsem žádnou důvěru rodičů neviděl. Tam už asi byli rodinné vztahy pokažené nadobro. A proto si za to své rodiny za tu důvěru ve mně velice vážím.

R2: Asi nejvíc zuby. Mám s nimi problémy, kdykoliv mě začaly bolet, tak jsem si musela dát dávku pervitinu, abych tu bolest necítila, nevnímala. Dále jsem měla hodně rozhozenou psychiku, pociťovala jsem, že jsem hodně labilní. A jestli to bylo důvodem pro abstinenci? Určitě ano, jak říkám, hlavně kvůli dcerce Elišce.

R3: Rozhodně tyto.

R4: Ano.

R5: Ano. Tyto důvody byly stěžejní. Cítila jsem, že nefunguji ani jako matka ani jako manželka.

R6: Ano. Hlavně jsem si uvědomil, že takhle žít nechci.

3. Rozhodnutí přestat (jít se léčit) bylo spíš tvým vnitřním přesvědčením, že už nechceš brát/hrát, nebo to byla spíše reakce na nátlak osob z tvého okolí?

R1: Ze začátku to bylo určitě kvůli mému otci, který mi to vyčítal, ale po zhruba měsíci léčby, už jsem byl přesvědčen, že chci s drogami přestat já sám. Věděl jsem, že to dělám pro sebe, a když to zvládnou, tak budu šťastný já i všichni kolem mě.

R2: Vlastně aniž bych to tak nějak tušila, tak už jsem měla v léčebně v Bohnicích zařízené místo. Díky své nevlastní matce, která tam pracuje na dětské psychiatrii a v hledání léčeben už měla praxi. Našla místo i mému bratranci, který byl také drogově závislý. Takže to ovlivnilo v zárodku mé okolí, ale bez mého vědomí a rozhodnutí bylo v podstatě mé. Jsem vděčná, že mě tam nikdo netahal násilím. Sama jsem si to rozhodla a oni mě jen podporovali.

R3: Rozhodnutí bylo mé vlastní. Šel jsem do léčebny s tím, že už nechci a nebudu pít.

R4: Bylo to z mého vnitřního přesvědčení. Byla jsem samotářka.

R5: Že by na mě někdo výslovně tlačil, to ne. Byl to můj popud a já jsem si to přála. Spousta lidí ani nevědělo, že piju, protože jsem pila sama doma po večerech.

R6: To finální rozhodnutí a podniknuté kroky jsem udělal já sám. Okolí na to asi vliv mělo, ale rozhodnutí bylo z mého nitra. Nechtěl jsem prostě už hrát, chtěl jsem být normálním manželem, otcem, pracovníkem a kamarádem.

Jak jsem již zmínil, žena odešla, spoustu kamarádů jsem ztratil, kteří mi říkali pravdu, že jsem závislý. Někteří kamarádi se semnou přestali bavit, protože jsem jim dlužil peníze.

#### 4. Jak se vůbec tvé okolí ke tvému problému stavělo?

R1: Nejbližší rodina byla ráda a snažila se mě podpořit, okolní rodina, jako jsou sestřenice, tety a babičky to ani netušili, že takové problémy mám, takže to pro ně byl spíš šok.

R2: Já vlastně ani nevím, skoro 15 let o mně moc lidí ani nevědělo. Nikomu jsem neříkala, že jsem drogově závislá. Byla jsem sice hodně hubená, ale snažila jsem se chovat normálně, aby to nikdo z okolí nepoznal. Akorát můj tehdejší přítel za mnou a za dcerou přijel a řekl mi: „Holka, dělej něco se sebou.“

R3: Myslím si, že to všichni brali v pohodě. Člověk se pro okolí stane alkoholikem, až když si projde léčbou. Dokud s nimi sedíte v hospodě, tak jste pro ně normální. Ale když zjistí, že jste byl na léčení, tak jste pro ně automaticky alkoholik a ožrala. Návrat zpět z léčebny je nejtěžší, ale u mě naštěstí o mé léčbě věděla jen rodina a nejbližší kolegové v práci.

R4: Se svou rodinou se nestýkám od 15 let a s nikým jsem se nestýkala, pouze s dealerem, takže asi nijak.

R5: Když opomenou rodinu, tak o mém problému nikdo moc nevěděl. Pro ně jsem si vymýšlela pohádky, nikdy jsem nepřiznala, že jsem se opila. Myslím si, že mi to i většina věřila.

R6: Jak jsem již zmínil, žena odešla, spoustu kamarádů jsem ztratil, kteří mi říkali pravdu, že jsem závislý. Někteří kamarádi se semnou přestali bavit, protože jsem jim dlužil peníze.

5. Pomáhali ti? (Kdo a jak?) 6. Byl pro tebe názor těchto lidí důležitý a ovlivnil tě v rozhodování, zda přestat?

R1: Mnoho přátel mi psalo dopisy, že za mnou stojí a drží mi palce, samozřejmě až po léčbě v komunitě, kdy je člověk uzavřen před okolním světem, aby léčbu lépe zvládal. Hned jak to bylo možné, mě jako první přijela navštívit rodina, což mě příjemně zaskočilo a o dost víc mě to v léčbě motivovalo. Později za mnou přijeli i někteří přátelé, o kterých jsem si myslel, že jsem je svým chováním už nadobro ztratil. Další podporu jsem našel i na sociální síti. Vzpomněli si na mě i přátelé, kteří žijí mimo Českou republiku a o mém problému se doslechli, což mě také velice potěšilo. A jejich názor a podpora pro mě byla tehdy velice důležitá. Došlo mi, že já sám za sebe nejsem schopný rozhodovat. A každá jejich rada mi přišla jako zlato. Všechno jsem se snažil dělat tak, jak mi říkali a jejich rady jsem si bral k srdci

R2: Myslím si, že třeba můj otec to alespoň tušil, protože byl sám drogově závislý. A určitě se mi rodiče snažili pomáhat, nosili mi zásoby jídla a na víkendy si brali na hlídání Elišku. O drogách jsme se doma nebavili, oni dělali, že to nevědí a já dělala, že jsem čistá. Takže rodiče se spíš snažili mi pomáhat, aby vše doma klapalo.

R3: Asi ani ne a jsem za to rád. Doma to nebyla potřeba, prostě jsem jen nepil a v práci mi rozdávali stejné úkoly bez jakýchkoliv úlev, jako před léčbou. Takže to plynulo, jakoby se nic nestalo a myslím si, že to bylo pro mne lepší, než kdyby kolem mě každý chodil po špičkách.

R4: Určitě to byla ta paní, s kterou jsem hovořila na té lince důvěry. To ona mě přesvědčila o tom, že život se bez drog dá zvládnout. To mi hodně psychicky dodalo odvahu.

R5: Snažili se mě maximálně podpořit a dodávali mi odvahu boj s alkoholem zvládnout. Nejvíce mi pomáhal manžel a samozřejmě naše děti byly pro mne velkou oporou.

R6: Spoustu přátel jsem ztratil, ale ti opravdoví to semnou vydrželi a podpořili mě. Chodil jsem s nimi na výlety a různé akce, kde forbes vůbec nebyl. Což mi pomáhalo hodně.



Pomáhali mi i s dluhy. A zda byl pro mě jejich názor důležitý? Ano, určitě ano. Měli pravdu ve všem. Šlo to semnou z kopce a oni to viděli.

#### 6.1.4 Absolvovaná léčba

##### 1. Jakou léčbu jsi absolvoval/a?

R1: Nastoupil jsem na odvykací detoxikační kúru a tam jsem se v podstatě rozhodnul, že chci jít do komunity. Byl jsem v Praze u Apolináře 10 dní, abych se vyčistil od aktivních látek. Potom jsem nastoupil na léčbu v komunitě v Bílé vodě, kde jsem byl 3,5 měsíce. Pak jsem měl nějaké problémy s agresí a tak jsem musel odejít. A šel jsem se léčit do Opavy do léčebny, kde jsem byl další 3 měsíce a léčbu jsem zakončil dalšíma 3 měsíci v Ostravě.

R2: Absolvovala jsem léčbu v Bohnicích na 3 měsíce. Z čehož první týden jsem byla na detoxu a zbytek v programu. Oddělení 8 – což jsou ženy.

R3: Moje léčba trvala 3 měsíce. Nejdříve nástup – kde člověk přiznal, že je alkoholik, pak zařazení do určitého stupně alkoholika a pak skupinová terapie.

R4: Chodila jsem na individuální terapie zhruba jednou týdně cca dva roky. Dále jsem byla na rok v terapeutické komunitě, to už jsem drogy nebrala. Tato komunita nebyla přímo o řešení problému vzniklých s užíváním drog, ale byla spíše o řešení psychických problémů.

R5: Absolvovala jsem dvouměsíční léčbu v Bohnicích. A pak jsem docházela na sezení s psychiatrickou, kterou mi dohodil můj manžel, zhruba půl roku.

R6: Docházel jsem ambulantně na léčbu k panu doktorovi.

##### 2. Dostal/a jsi se k ní na něčí doporučení, nebo sis ji vyhledal/a sám/sama?

R1: Tady to bylo hodně ovlivněné jedním kamarádem z komunity, který mi doporučil Ostravu. Nyní už si nemyslím, že to byl nejlepší nápad, jelikož to bylo opravdu daleko od mého bydliště a navíc si myslím, že drogy jsou stejně jak v Ostravě, tak v Praze a kdekoliv jinde. Určitě si myslím, že není podmíněné léčbu projít jinde, než kde je ono místo ohniska, ale je důležité začít jakoukoliv léčbu. Protože to není o místě, kde se léčí, ale o člověku, jak zodpovědně bude k léčbě přistupovat.

R2: Má nevlastní matka pracuje v Motole na dětské psychiatrii, tak mi to v Bohnicích zařídila.

R3: Dostal jsem kontakt na léčebnu od kolegy, který měl s léčebnou také své vlastní zkušenosti.

R4: Jak jsem už říkala, tenkrát jsem nevěděla na koho se mám obrátit a tak jsem zavolala na linku důvěry a tam jsem dostala kontakt na paní psycholožku, u které započala má léčba.

R5: Přes manžela.

R6: Dostal jsem kontakt od své kamarádky.

### 3. S jakým očekáváním jsi do léčby nastupoval/a a co ti nakonec přinesla?

R1: Mým největším přáním bylo, až budu mít za sebou léčbu, abych se měl kam vrátit. Aby mi otec nesebral byt a tak vůbec. Člověk má v léčebně mnoho času na přemýšlení. Myslím si, že jsem v léčebně i hodně dospěl. Nakonec když jsem se vrátil z léčebny, tak jsem se dozvěděl, že otec můj byt pronajal. Nejdřív jsem to bral jako podraz na mou osobu, ale později mi došlo, že to tak bude lepší, alespoň si teď mohu na vše potřebné vydělat sám a nespolehat se tolik na rodiče. Už tak jsem je stál mnoho peněz.

R2: V podstatě jsem neočekávala nic, to je taková bezmoc a šáhnutí si na dno. Připadala jsem si hrozně a vlastně až tam jsem viděla, že jsem troska. Pociťovala jsem úzkost a bezmoc v tom, že nebudu se svojí dcerou. V podstatě jsem to tam vydržela jen kvůli ní, mým jediným cílem a přáním bylo dostat zpět svou dceru, kterou zatím zpátky nemám, ale udělám pro to maximum.

R3: Že nebudu pít. A přinesla mi 23 let abstinence.

R4: Měla jsem hrozný strach z léčby, neměla jsem jinou možnost, neměla jsem ani peníze ani práci ani bydlení. Myslela jsem si, že nastoupím na léčbu a bude vše ok, ale člověk si uvědomí, jak je to těžké až, když léčbou projde. Sílu mi dodávali lidé se stejnou závislostí a stejnými problémy, cítila jsem se, že na to všechno najednou nejsem sama a ulevilo se mi.

R5: Nastupovala jsem na léčbu s tím, že to bude strašně těžké. Bála jsem se, abych to zvládla. Postupem času jsem zjistila, že to tak hrozné nebylo a byla jsem strašně šťastná, že jsem léčbu podstoupila.

R6: Šel jsem do toho s tím, že nebudu hrát. Že se mi vrátí můj předchozí normální život, že se mi vrátí žena a dítě. A že budu zase fungovat jako normální člověk. Bohužel manželka se mi nevrátila, protože jsem se k ní zachoval špatně. Ale nakonec to všechno

dobře dopadlo, našel jsem si novou přítelkyni a mám novou rodinu. A to hlavní, tedy že nehraju, ta léčba splnila.

4. Co ti v průběhu samotné léčby nejvíce pomáhalo?

R1: Určitě mi nejvíce pomáhalo cvičení a překonávání nějakých svých limitů. V léčbě jsem na svalové hmotě nabral asi 15kg. Dodávalo mi to sílu jak fyzicky tak psychicky. Hned potom mi pomáhalo vidět a slyšet příběhy ostatních, pochopil jsem, že nejen já mám tenhle problém.

R2: Podpora okolí, ačkoliv jsme se viděli jen o víkendech. Největší podporou pro mne byla opět moje dcera, když za mnou přišla. Byla jsem pak velice šťastná. Začala jsem konečně poznávat samu sebe a snažila jsem se kontrolovat své stavy. Zjistila jsem, že když má člověk nějaký svůj režim, tak se naučí odpočívat a zvládat a řešit své problémy.

R3: Pacienti kolem mě v léčbě. A po léčbě změna prostředí. Nevídal jsem se už s lidmi, s kterými jsem pil.

R4: Přístup terapeutů, dobrovolnost, že můžu kdykoliv odejít a nikdo mě nedrží někde násilím. Dodržování režimu, abych vůbec rozlišila den a noc, což je na drogách těžké. Podpora lidí se závislostí.

R5: Pomáhal mi pocit toho, že když léčbu zvládnou a budu „čistá“, budu zase dobrá matka a manželka, jako předtím, než jsem s alkoholem začala. Určitě to byl také přístup terapeutů a také lidé tam, kteří měli stejný problém s pitím, jako já. Člověk si tam přijde líp, když ví, že v tom není sám.

R6: Určitě mi pomohl pan doktor, protože bez něj by to člověk nezvládnul. Staral se o mě takřka 24 hodin denně, pomáhal s denním režimem, s hospodařením s financemi...

5. Došlo u tebe někdy k relapsu (recidivě) a co bylo důvodem, co jej (ji) odstartovalo?

R1: Ano a myslím si, že to bylo atmosférou na festivalu. Nabídl mi tam jointa. Jednalo se o velkou párty v Ostravě a něco mi říkalo, že už na to mám a mohu se trochu uvolnit. A tak jsem se nechal zlomit. V tom stavu, ve kterém jsem byl a v tom prostředí jsem hned začal přemýšlet nad perníkem. Na začátku léčení jsem si myslel, že primární problém s kterým se léčím je pervitin a marihuana je až druhořadá, ale pak jsem si uvědomil, že to není pravda. Že obojí je droga, na které je člověk závislý. Až tam jsem si uvědomil,

že na takové akce, jako jsou festivaly a koncerty zatím chodit nemůžu, protože ještě nemám zřejmě dostatečnou vůli, abych nabídnutou drogu pokaždé odmítnul.

R2: Z léčebny jsem odcházela s tím, že nebudu nikdy brát drogy žádné ani alkohol. A když jsem byla propuštěna a dala jsem si ten alkohol, jak jsem již v předchozích odpovědích zmínila, tak jsem byla ze sebe zklamaná. Vadilo mi, že už nejsem „čistá“. Takže v tomto směru jsem pociťovala svůj relaps. Jinak ne, snažím se držet. Dále jsem měla suchou recidivu, což je vlastně ve spánku a z toho jsem měla opravdu špatný pocit. To se mi stalo asi třikrát.

R3: Ne nikdy, když člověk odchází z léčebny, odchází s desaterem, kde má napsáno, co dělat, kdyby na něj přišla chuť znovu se napít. Já tam měl např.: Jít si zaběhat, napít se studené vody, atd. Ale nikdy jsem to desatero nemusel použít, protože jsem neměl chuť se znovu napít a vše znovu pokazit. Jednou ročně si dám 2 dcl burčáku, ale musí to být jen ta šťáva, která ještě není zkvašená. Pak ještě asi 0,5 dcl šampaňského na Silvestra jako přípitek, ale to ani nevypiju. Jinak co se týká třeba nealkoholického piva, které bych asi směl, tak to nepiji vůbec.

R4: Ano asi 2x. Důvodem byl vyhazov z práce. Byla jsem na dně a tak jsem si dala. A podruhé to bylo v hospodě, že to někdo vyndal z kapsy a tak jsem neodolala, podlehla a dala si. Ale jinak k tomu nemám přístup, takže od té doby nic.

R5: Ne. Nikdy.

R6: Ne.

#### 6. Co tě vedlo se z relapsu (recidivy) opět odrazit a začít opět abstinovat?

R1: Určitě to byl strach, že mohu pošlapat vše, co právě teď budu. V podstatě hned, okamžitě, jak můj mozek opět začal cítit THC, jsem začal mít chuť, ale uvědomil jsem si to naštěstí včas. Proto jsem ihned z festivalu odešel.

R2: XXX

R3: XXX

R4: Netrvali dlouho, prostě jen do odeznění a s ním uvědomění, že jsem vlastně udělala něco, co nechci. Ale chuť jsou pořád, nějak je nejde ovládat. Začala jsem se kvůli abstinenci dost přejídat. Až to sklouzlo na hranu bulimie. Ale jinak chuť jsou pořád, ale naštěstí se mě drží zdravý rozum, který mi říká: „Dáš si jednou a začneš znovu brát drogy“.

R5: XXX

R6: XXX

### 6.1.5 Náhled na abstinenci

1. Jak ty sám/sama vnímáš svou abstinenci – co pro tebe znamená, když si řekneš „abstinuju“?

R1: Znamená pro mne to, co právě budu, svůj život. Nejdůležitější pro mne je asi teď moje přítelkyně, která je „čistá“ a žádné drogy nebere. A vím, že když bych svou abstinenci porušil, tak o všechno opět mohu snadno přijít. Také vím, že kdybych kdykoliv znovu užil pervitin, tak se půjdu opět léčit.

R2: Žiju! Předtím jsem přežívala, s tím že jsem nevěděla, co bude druhý den, natož ohledně peněz. A nyní žiju, mám jiný pohled na svět a stala jsem se více zodpovědnou.

R3: Znamená pro mě to, že jsem, kdo jsem a kde jsem. Že mám práci a rodinu, zkrátka žiju.

R4: Žiji, pracuji, mám nové přátele a tak nějak normálně funguji.

R5: Já to nějak nevnímám, prostě žiju jak se má a jsem takhle zase šťastná. Beru to tak, že jsem byla „nemocná“ a teď jsem zase „zdravá“.

R6: Žiju jako člověk, uvědomuji si, co jsem všechno ztratil. Neviděl jsem vyrůstat svou dceru, protože jsem nebyl doma. Žiju konečně rodinný život se svou partnerkou.

2. V čem již spatřuješ zlepšení od doby, kdy jsi abstinovat začal a na čem vnímáš, že je ještě nutné do budoucna zapracovat?

R1: Nejvíce asi co se týče práce. Když jsem se živil prodejem drog, tak jiná práce pro mě nebyla možná. A teď jsem schopný pracovat jako každý druhý. No a zlepšení vidím i v tom, že když se ráno vzbudím, tak mám hlad a můžu se jít nasnídat nebo když se mi chce spát, mohu si jít lehnout. Velice si vážím všech těchto základních věcí, které si normální člověk ani neuvědomuje. Jsem vlastně rád za tenhle stereotyp. Určitě musím zapracovat ještě na své zodpovědnosti a na ztracené důvěře mé rodiny.

R2: Myslím si, že člověk by se měl zlepšovat pořád. Tudíž se sama pořád něčím překvapuju. Určitě se mi zlepšila moje únava, tím, že dodržuji nějaký spánkový režim.

R3: Spatřuji zlepšení v tom, že jsem takový, jako jsem býval. Jsem to zase já a nejsem opilec.

R4: Neměla jsem žádné jistoty a teď je mám. Chtěla bych se naučit ještě říct si o pomoc, když mám deprese, to zatím stále neumím a je to na škodu.

R5: Jako zlepšení beru určitě vztah s rodinou s manželem a dětmi, který před mou abstinencí opravdu nefungoval, jak by měl. Začala jsem si hledat svoje nové koníčky, abych se už nikdy necítila sama.

R6: Zlepšení je určitě v mé nové rodině, která je šťastná. Dluhy mám částečně splacené, na tom je potřeba ještě zapracovat. S bývalou manželkou se náš vztah taky zlepšil a s dcerou se normálně stýkáme.

### 3. Co tě v abstinenci udržuje, co ti pomáhá setrvat?

R1: Tak na prvním místě to je přítelkyně a rodina, stále se to točí kolem stejných věcí.

R2: Dcera Eliška! Myslím si, že ve vztahu ke své dceři a v její výchově jsem ráznější. Ale naopak se jí snažím i rozmazlovat, protože jí tak často nemohu ještě vídat, jak bych chtěla.

R3: Každý den... netřesou se mi ruce, můžu sednout za volant a řídit kdy chci, nemám ranní nevolnosti... to bychom tady byli do rána...

R4: Mám nové přátele, kteří mě drží nad vodou a také svou práci a přitele, jsem šťastná, dá se říct.

R5: Moje rodina a moje práce.

R6: Moje rodina, moje rodiče. Zažívám jiné radosti života. Což je pro mne mou největší výhrou.

### 4. Jak se vyhýbáš ..... ?

R1: Snažím se absolutně celý svět kolem drog ignorovat. Ani ne tak místům, jako společnosti, o které vím, že je aktivním uživatelem drog.

R2: Tomu se asi nedá vyhnout. Ale snažím se nemluvit s těmi lidmi, kteří drogy stále berou. Nejezdím na místa, kam jsem jezdila pro drogy a změnila jsem si telefonní číslo.

R3: Já se mu nevyhýbám. Já ho jen nepiju. Klidně ho dojdu i koupit třeba lahev vína manželce, jen si s ní hold nedám.

R4: Nejsem v kontaktu s žádnými lidmi, kteří by drogy měli. Navíc když jsem byla drogově závislá, tak jsem se pohybovala jen v Liberci a Jablonci a nyní jsem v Praze a znám tu málo lidí.

R5: Já se alkoholu nevyhýbám. Klidně jdu do restaurace, ale alkohol si nedám. A doma alkohol taky nemáme.

R6: Vyhýbám se většímu množství alkoholu, aby mi nezatemnil mozek a pak ještě podnikům s forbesem, aby to případně nezačalo lákat. Ale je to přes dvacet let...

#### 5. V čem vnímáš výhody a nevýhody abstinence?

R1: XXX

R2: Výhodou je střízlivost, člověk jinak vnímá a jinak ho vnímá i jeho okolí. Jako nevýhodu beru asi stesk.

R3: Výhodou je vše co jsem tady již zmínil – rodina, práce, přátelé – všechno funguje. Nevýhodou je jen to, že už se nikdy nenapiju.

R4: Nevýhodou je určitě, ta již zmíněná, ztráta sebevědomí. Výhodou je čistá hlava.

R5: Nevýhodu nevnímám asi žádnou. A jako výhodu vnímám svůj střízlivý pohled na svět.

R6: Výhodou abstinence je moje rodina, peníze, přátelé. Nevýhodu asi žádnou nenajdu.

### 6.1.6 Společnost

#### 1. Co v naší společnosti vnímáš jako pomoc při svém boji se závislostí?

R1: Jsem vděčný za komunity a střediska, která vás naučí, jak se svou závislostí bojovat.

R2: Určitě to budou Bohnice, které mi pomohly, nebo jiné léčebny, které tu pro ty lidi jsou. Je to odrazový můstek pro závislé. Pak jsou to různá sezení jak hromadná, tak samostatná jen s lékařem.

R3: Největší pomoc je, že je léčba zadarmo, placená státem.

R4: Myslím si, že jsou to státem hrazené léčby. Spousta lidí nemá peníze, které potřebuje na komunitu, která stojí od 7 000,- výše.

R5: Určitě přístupnost léčeben, jak normálních tak ambulantních.

R6: Pomoc od státu v podobě léčeben, které stát financuje. Další obrovské plus vidím v tom, že stát se snaží automaty co nejvíce omezovat.

## 2. Které nástrahy společnosti ti naopak tvou snahu nejvíce komplikují?

R1: Myslím si, že největší nástrahou společnosti jsou různí pouliční dealeri drog a festivaly, kde se člověk lehce může dostat k droze.

R2: Myslím si, že je to asi závist lidí, kteří ti nepřejí, že abstinuješ.

R3: Asi různé zákazy od státu – třeba zákaz kouření. Bohužel je málo terénních služeb. Nejraději bych změnila systém v ČR. Podle mě by měla být nějaká nová reforma psychiatrické péče.

R4: Nevím.

R5: Bohužel alkohol je dostupný všem a všude. Je to velká nástraha naší společnosti. Naše společnost vnímá pití alkoholu jako normální věc a abstinenty spíše jako podivíny.

R6: Volná dostupnost automatů, sázkových kanceláří a loteriích.

## 6.2 Vyhodnocení získaných dat

Mojí snahu zjistit, zda se u respondentů jednalo o motivaci k abstinenci spíše vnitřní nebo vnější, považuji za úspěšnou. Můj výzkum prokázal, že u respondentů zcela prokazatelně vítězí motivace vnitřní. Ač se v rámci naší diskuze zmiňovali o spoustě jiných faktorech, vnitřní motivace u každého z nich byla tím nejsilnějším motorem, tedy vlastní rozhodnutí zda se svou závislostí skoncovat či nikoli. To jak se k tomu stavělo okolí a jaké problémy měli například s rodinou, nebylo u mých respondentů stěžejním bodem, který by byl hlavním důvodem k abstinenci. Tyto nepříjemné situace a vztahy byli spíše tím prvním impulzem, který v nich probudil to jejich vlastní JÁ, které se nakonec rozhodlo samo.

Další z výzkumných otázek byla zaměřena na první impuls ke změně. Tedy kdy si respondenti poprvé uvědomili, že mají problém, ke kterému je potřeba se postavit čelem a přestat pít, užívat návykové látky nebo přestat hrát. U většiny respondentů se tato otázka pojila s blízkými lidmi. U někoho šlo o dceru, u jiného o manžela nebo o otce. Každopádně kromě jedné respondentky, pro kterou byl i první impuls jejím vnitřním výkřikem, šlo o vnější podněty, které se nejčastěji pojili s rodinou a blízkým okolím. U všech respondentů uběhl od prvního impulsu k samotnému rozhodnutí přestat nějaký čas, pouze jedna respondentka se rozhodla okamžitě. Dále se tato otázka zabývala kroky, které pro svou abstinenci podnikli. I zde se moji respondenti v odpovědích vcelku shodli. Vždy v jejich následných krocích a vyhledání pomoci sehrál roli někdo blízký, kdo jim dal na



někoho kontakt, nebo přímo zařídil nějakou pomoc sám. U jedné respondentky tedy nešlo o blízkou osobu, nýbrž o paní na lince bezpečí, ale i tak ji dala kontakt na někoho, u koho se později léčila.

Všichni respondenti vyhledali léčbu, a ač se všichni shodli na jejím podobném přínosu, co se léčby samotné týče, byly zkušenosti respondentů různorodé. Při svém výzkumu jsem měla tu čest s lidmi, kteří se léčili jak ambulantně, tak ústavně. Každý se léčil jinak dlouhou dobu. Někdo absolvoval pouze jeden typ léčby, jiný ozkoušel pobyt v detox, komunitu i individuální a skupinové terapie. Nicméně na čem se všichni v této oblasti shodli, byl přínos jejich léčby. Všichni do jednoho mluvili o veliké podpoře ze stran terapeutů a zejména o nevědomé podpoře dalších pacientů. Ti jim totiž dodávali síl, aniž by o tom sami věděli už jen tím, že tam byli a že se potýkali s podobnými problémy. Léčba pro respondenty znamenala místo, kde mohou být sami sebou a kde jim chce opravdu někdo pomoci.

Na samotnou abstinenci pak respondenti nahlíží jako na druhou možnost „žít“. A to doslova. Na otázku co se jim vybaví, když si řeknou „abstinuji“ všichni respondenti jednohlasně avšak nezávisle na sobě odpověděli „žiju!“. I z jejich dalších vět je patrné, že si uvědomují zlepšení kvality svých životů. Většina z nich přišla o hodně a tak si váží toho, co mají a vědí, jak snadno by o to mohli zase přijít. Jsou si ale také vědomi toho, že to není zadarmo a tak každý z nich ví o něčem, na čem je potřeba ještě do budoucna zapracovat. Někdo zmínil zlepšení komunikace, jiný získat zpět dceru, další třeba dluhy. Každé zlepšení je pro ně drobným posunem a velkým vnitřním motivem, který je udržuje v abstinenci setrvat. Všichni se shodli na tom, že je v abstinenci pomáhá udržet pocit fungující rodiny, dobré práce, blízkých přátel – tedy pocit spokojenějšího života. Ne všichni ale potřebují nějaké další motivy na udržení abstinence. Dva respondenti vnímají svou abstinenci jako jakousi samozřejmost, kterou už ani nevmímají. Oba tyto respondenti uvedli, že nemají potřebu se vyhýbat v obou případech alkoholu, jen, jak řekl jeden z nich, ho zkrátka nepijí.

## ZÁVĚR

V závěru své práce se pokusím shrnout, čemu jsem se ve své práci věnovala. Hlavním cílem bylo zejména nahlédnutí do sociálního problému jménem závislost a probádání a porovnání motivů u abstinujících závislých, které je vedly se na pomyslném rozcestí rozhodnout, jít „cestou nezávislosti“.

V teoretické části jsem sepsala základní poznatky z této oblasti. Zmiňuji zde jak závislost jako takovou, tak ale i onemocnění, které ač není uznanou závislostí, tak má takřka stejně nebezpečný průběh a případné následky – řeč je zejména o gamblingu, ale i jiných podobných poruchách. Dále jsem se zde pokusila přiblížit z mého pohledu jedny z nejdůležitějších témat spojených s touto problematikou a těmi jsou prevence, léčba, craving a recidiva. I tyto oblasti bylo nutné z hlediska mého výzkumu zmapovat, neboť všichni respondenti prošli léčbou, craving znají všichni velice důvěrně a nebezpečnost recidivy je jim všem známá, i když ji na vlastní kůži neprožili. V současnosti, kdy již všichni abstinují, mluví zejména o prevenci, která se bohužel kolikrát zanedbává a jejíž důležitost je mnohdy opomíjena. Posledními, ale pro mou práci velice důležitými tématy v teoretické části, byli abstinence a motivace. Tyto dvě oblasti jsou neopomenutelnými částmi mé práce, neboť se zde zabývám abstinujícími závislými a zejména pak jejich motivací právě k abstinenci. Jen těžko bych s respondenty mohla mluvit o něčem, do čeho jsem se alespoň nepokusila proniknout.

V praktické části této práce jsem pak realizovala navazující kvalitativní výzkum. Použila jsem metodu polostrukturovaného interview, které jsem fakticky realizovala s devíti respondenty, ale pouze šest z nich souhlasilo s nahráváním a zveřejněním transkribovaného přepisu. Cílem bylo zodpovědět si předem stanovené výzkumné otázky:

1. Šlo o motivaci k abstinenci spíše vnitřní či vnější?
2. Co bylo prvním impulsem ke změně a jaký byl další vývoj?
3. Jakou léčbu absolvovali a co pro ně znamenala?
4. Co pro ně znamená abstinovat a jaké přínosy osobně vnímají?

Otázky jsem na základě nahrávek rozhovorů zodpověděla a toto zhodnocení uvedla ve vyhodnocení získaných dat. Výzkum byl pro mě prvotní, ale velice zajímavou zkušeností.

Domnívám se, že by stálo za to, tento výzkum zopakovat s větším počtem respondentů, z čehož by plynuli jistě daleko hlubší a přesnější výsledky.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- [1] *Anonymní Alkoholici: příběh o tom, jak se tisíce mužů a žen vyléčilo z alkoholismu.* New York: Alcoholics Anonymous World Services, 1996, 210 s. ISBN 09-168-5628-3
- [2] autorský kolektiv Magdaléna, o.p.s. *Gambler: A co s ním?*, Dobříš: CD Studio, 2013, 110 s.
- [3] BAKOŠOVÁ, Zlatica. *Sociální pedagogika jako životná pomoc.* 3., rozš. a aktualiz. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského Bratislava, Filozofická fakulta, 2008, 251 s. ISBN 978-809-6994-403
- [4] BARNARD, Marina. *Drogová závislost a rodina.* Vyd. 1. Překlad Jiří Bareš. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2011, 202 s. ISBN 978-807-3873-868
- [5] CARR, Allen. *Snadná cesta jak překonat hazard: Jak převzít moc nad svým životem.* Praha: Jaro, c2015, 179 s. ISBN 978-80-904423-7-5
- [6] CARR, Allen. *Snadná cesta jak skoncovat s alkoholem.* Praha: Jaro, c2015, 265 s. ISBN 978-80-904423-6-8
- [7] DOLEŽAL X., Jiří. *Jak se berou drogy.* 1. vyd. Praha: Formát, 1998, 174 s. ISBN 80-861-5511-0
- [8] *Drogy na předpis. Lékařská preskripce narkotik. Vědecké podklady a praktické zkušenosti.* 1. vyd. Plzeň: Votobia, 1998, . ISBN 80-719-8332-2
- [9] FR.-CHRISTOPH GÖHLERT, Fr.Frank Kühn a [z německého originálu přeložila Dagmar LIEBLOVÁ]. *Od návyku k závislosti: toxikomanie, drogy: účinky, terapie.* Vyd. 1. Praha: Euromedia Group - Ikar, 2001, 143s. ISBN 80-720-2950-9
- [10] HELLER, Jiří (ed.) a Olga PECINOVSKÁ (ed.). *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby.* Vyd. 1. Praha: Togga, 2011, 215 s. ISBN 978-80-87258-62-0
- [11] HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace.* Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 407 s. ISBN 80-7367-040-2
- [12] HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace.* 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008, 407 s. ISBN 978-80-7367-485-4
- [13] HOMOLA, Miloslav. *Motivace lidského chování.* 2. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1977, 360 s. Knihnice psychologické literatury

- [14] KACHLÍK, Petr a ŠIMŮNEK, Jan, *Drogová faktografie-Používaná terminologie*. Rektorát Masarykovi univerzity – [www.rect.muni.cz](http://www.rect.muni.cz) [online]. [cit.2015-11-07]. Dostupné z: <http://www.rect.muni.cz/drogy/POKUS/casti/slovník.htm>
- [15] KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003, 319 s. ISBN 80-86734-05-61
- [16] KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003, 343 s. ISBN 80-86734-05-62
- [17] KALINA, Kamil a kolektiv. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí* [online]. Praha: Filia nova, 2001 [cit. 2015-03-08]. ISBN 80-238-8014-4. Dostupné z: [http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/glosar\\_pojmu/0\\_mezioborovy\\_glosar\\_pojmu/mezioborovy\\_glosar\\_pojmu\\_z\\_oblasti\\_drog\\_a\\_drogovych\\_zavislosti](http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/glosar_pojmu/0_mezioborovy_glosar_pojmu/mezioborovy_glosar_pojmu_z_oblasti_drog_a_drogovych_zavislosti)
- [18] KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 388 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4714-110
- [19] KRAUS, Blahoslav a Věra POLÁČKOVÁ. *Člověk - prostředí - výchova: k otázkám sociální pedagogiky*. Brno: Paido - edice pedagogické literatury, 2001, 199 s. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-731-5004-2
- [20] KRAUS, Blahoslav. *Základy sociální pedagogiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008, 215 s. ISBN 978-807-3673-833
- [21] MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 287 s. ISBN 80-717-8549-0
- [22] MILLER, Geraldine A. *Adiktologické poradenství*. 1. české vyd. Překlad Jiří Bareš. Praha: Galén, 2011, 461 s. ISBN 978-807-2627-653
- [23] MILLER, Scott D a Insoo Kim BERG. *Zázračná metoda: radikálně nový přístup k problémovému pití alkoholu*. Vyd. 1. Překlad Petr Bílek, Pavla Le Roch. Praha: Portál, 2014, 215 s. ISBN 978-802-6205-937
- [24] MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 332 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4
- [25] NAKONEČNÝ, M. *Motivace lidského chování*. Praha: Academia, 1996, 270 s. ISBN 80-200-0592-7
- [26] NAKONEČNÝ, Milan. *Motivace chování*. 3., přeprac. vyd. V Praze: Triton, 2014, 599 s. ISBN 978-80-7387-830-6

- [27] NAKONEČNÝ, Milan. *Úvod do psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia, 2003, 507 s. ISBN 80-200-0993-0
- [28] NEŠPOR, Karel a Hana PROVAZNÍKOVÁ. *Slovník prevence problémů působených návykovými látkami: pro rodiče a pedagogy*. 3., rozš. vyd. Praha: Fortuna, 1999, 54 s. ISBN 80-707-1123-X
- [29] NEŠPOR, Karel. *Jak překonat hazard: prevence, krátká intervence a léčba*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 159 s. ISBN 978-80-262-0009-3
- [30] NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál, 2011, 173 s. ISBN 978-807-3679-088
- [31] NEŠPOR, Karel. *Sebeovládání: stres, rizikové emoce a bažení lze zvládat!*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2013, 151 s. Rádcí pro zdraví. ISBN 978-802-6204-824
- [32] NEŠPOR, Karel. *Zůstat střízlivý: praktické návody pro ty, kteří mají problém s alkoholem, a jejich blízké*. Vyd. 1. Brno: Host, 2006, 236 s. ISBN 80-7294-206-9
- [33] NOŽINA, Miroslav. *Svět drog v Čechách*. 1. vyd. Praha: KLP-Koniasch Latin Press, 1997, 347 s. ISBN 80-859-1736-X
- [34] RIESEL, Petr. *Lesk a bída drog: praktická příručka pro mládež, rodiče a pedagogy*. V Olomouci: Votobia, 1999, 87 s. ISBN 80-719-8348-9
- [35] ROTGERS, Frederick. *Léčba drogových závislostí*. Vyd. 1. Překlad Martin Hajný, Magdalena Sláchalová. Praha: Grada, 1999, 260 s. Psyché (Grada Publishing). ISBN 80-716-9836-9
- [36] SILVERMAN, David. *Ako robiť kvalitatívny výskum: praktická príručka*. Bratislava: Ikar, 2005, 327 s. Pegas (Ikar), zv. 8. ISBN 80-551-0904-4
- [37] SVOBODA, Jan. *Motivace a vznik závislosti*. ZŠ Žerotínova-[www.zszerotino.cz](http://www.zszerotino.cz) [online]. [cit. 2015-11-07]. Dostupné z: [http://www.zszerotino.cz/motivacea\\_vznikzavislosti.pdf](http://www.zszerotino.cz/motivacea_vznikzavislosti.pdf)
- [38] ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0
- [39] *Triezvy život*. New York: Alcoholics Anonymous World Services, 1996, 83 s. ISBN 09-168-5628-3
- [40] UEHLINGER, Claude a Marlyse TSCHUI. *Když někdo blízký pije: rady pro rodiny osob závislých na alkoholu*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009, 140 s. ISBN 978-80-7367-610-0

## SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

apod.	a podobně
atd.	a tak dále
cca	cirka, přibližně
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha P I - Informovaný souhlas s rozhovorem

Příloha P II - Základní otázky pro respondenty

## **PŘÍLOHA P I: INFORMOVANÝ SOUHLAS S ROZHOVOREM**

Rozhovor je anonymní, což znamená, že nikde nebude uvedeno mé jméno. Moje účast na rozhovoru je zcela dobrovolná a kdykoli během rozhovoru můžu odmítnout odpovědět na otázky, na které odpovědět nechci. Mám také právo rozhovor kdykoli ukončit.

Jsem si vědom/a toho, že rozhovor bude zaznamenáván na diktafon a přepsán do písemné formy. Přepis rozhovoru v Bakalářské práci (dále jen „BP“) „*Život závislého v abstinenci*“ bude obsahovat některá má citlivá data, ale nebude uvedené mé pravé jméno nebo jiné údaje, podle kterých by bylo možné mě identifikovat.

**Za těchto podmínek souhlasím s provedením rozhovoru      ANO   x   NE**

Podpis: .....

Datum: .....

Po skončení rozhovoru jsem se rozhodl/a, že si nepřeji, aby byly pro účely výzkumu k BP použity následující pasáže:

.....  
.....  
.....  
.....

Podpis: .....

Datum: .....



## **PŘÍLOHA P II: ZÁKLADNÍ OTÁZKY PRO RESPONDENTY**

### **Závislost (délka, způsob, vlastní náhled, současnost)**

1. Na čem jsi byl/a závislý/á, jak dlouho a v kolika letech jsi s užíváním/hraním cca začal/a?
2. Byl nějaký konkrétní důvod, proč jsi začal/a?
3. Jak dlouho abstinuješ?
4. Užíváš v současnosti nějaké jiné drogy (včetně alkoholu a cigaret) a myslíš si, že to může ohrozit tvou abstinenci?
5. Pozitiva a negativa na zkušenosti se závislostí – co ti užívání dalo a vzalo (a proč)?

### **Počátek abstinence (první impulsy, kroky)**

1. Vzpomeneš si, co bylo úplně prvním impulsem, kdy sis řekl/a, že chceš přestat, že takhle to dál nejde?
2. Tvé rozhodnutí přestat bylo podmíněno spíše konkrétním okamžikem, nebo to byl dlouhodobější proces, kdy sis postupně uvědomoval/a, že chceš žít jinak?
3. Jaké konkrétní kroky jsi podnikl/a k dosažení svého cíle – léčbě, abstinenci?

### **Motivace k abstinenci**

1. Které problémy související s tvou závislostí ti nejvíce vadily?
2. Byly právě tyto problémy důvodem, proč ses rozhodl/a abstinovat? Byly i jiné?
3. Rozhodnutí přestat (jít se léčit) bylo spíš tvým vnitřním přesvědčením, že už nechceš brát/hrát, nebo to byla spíše reakce na nátlak osob z tvého okolí?
4. Jak se vůbec tvé okolí ke tvému problému stavělo?
5. Pomáhali ti? (Kdo a jak?)
6. Byl pro tebe názor těchto lidí důležitý a ovlivnil tě v rozhodování, zda přestat?

### **Absolvovaná léčba**

1. Jakou léčbu jsi absolvoval/a?
2. Dostal/a jsi se k ní na něčí doporučení, nebo sis ji vyhledal/a sám/sama?
3. S jakým očekáváním jsi do léčby nastupoval/a a co ti nakonec přinesla?
4. Co ti v průběhu samotné léčby nejvíce pomáhalo?
5. Pokud jsi léčbu neabsolvoval/a jak jsi postupoval/a? Hledal/a jsi někde nějaké rady?

6. Došlo u tebe někdy k relapsu (recidivě) a co bylo důvodem, co jej (ji) odstartovalo?
7. Co tě vedlo se z relapsu (recidivy) opět odrazit a začít opět abstinovat?

### **Náhled na abstinenci**

1. Jak ty sám/sama vnímáš svou abstinenci – co pro tebe znamená, když si řekneš „abstinuju“?
2. V čem již spatřuješ zlepšení od doby, kdy jsi abstinovat začal a na čem vnímáš že je ještě nutné do budoucna zapracovat?
3. Co tě v abstinenci udržuje, co ti pomáhá setrvat?
4. Jak se vyhýbáš ..... ?
5. V čem vnímáš výhody a nevýhody abstinence?

### **Společnost**

1. Co v naší společnosti vnímáš jako pomoc při svém boji se závislostí?  
Které nástrahy společnosti ti naopak tvou snahu nejvíce komplikují?